



# **INFORME NACIONAL DE AVANCES EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA**

**México 2012**

**Periodo reportado: Enero 2010-Diciembre 2011**

**Fecha del informe: 31 marzo 2012**

**Secretaría de Salud**

**Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA  
(CENSIDA)**

## **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

Mtra. Pilar Rivera Reyes  
Subdirectora de Monitoreo e Indicadores

## LISTA DE AGRADECIMIENTOS A PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL INFORME 2012

### GOBIERNO FEDERAL

NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN
Dr. José Antonio Izazola Licea	Director General	CENSIDA
Mtro. Héctor Sucilla Pérez	Director de Investigación Operativa y Punto focal para el Informe Nacional de Progresos realizados en SIDA 2012	CENSIDA
Dr. Carlos Nicolás García de León Moreno	Director de Prevención y Participación Social	CENSIDA
Mtra. María del Pilar Rivera Reyes	Subdirectora de Monitoreo de Indicadores/ Dirección de Investigación Operativa y Coordinadora Técnica para la Elaboración de Informe Nacional de Progresos realizados en SIDA 2012	CENSIDA
Lic. Raúl Ortiz Mondragón	Investigador de apoyo técnico para indicadores del Informe Nacional de Progresos realizados en SIDA 2012	CENSIDA
Mtro. Pierre Antoine Delice	Asesor técnico para el Modelo de estimación de personas viviendo con VIH 2012	CENSIDA
Mtra. Diana Martínez Medina	Asesora técnica para el ICPN (parte A y B) 2012	CENSIDA
Lic. Georgina Esquivel García	Apoyo técnico para indicadores del informe Nacional de Progresos realizados en SIDA 2012	CENSIDA

Dra. Elia Loo Méndez	Apoyo técnico para indicadores del informe Nacional de Progresos realizados en SIDA 2012	CENSIDA
Lic Daniel Karam Toumeh	Director General	IMSS
Lic. Ángel Campos Hernández	Titular de la División de Información en Salud	IMSS
Dr. Sergio Hidalgo Monroy Portillo	Director General	ISSSTE
Dr. Mario Jauregui Chiu	Jefe del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de la Subdirección Médica	ISSSTE
Dr. Juan José Suárez Coppel	Director General	PEMEX
Dr. Carlos Nava Esquivel	Gerente de Prevención Médica en la Subdirección de Servicios de Salud	PEMEX
Gral. Secretario Guillermo Galván Galván	Secretario de la Defensa Nacional.	SEDENA
Cap. 1ero. De SND Aurelio García Ayala	Jefe del Grupo de Programa Integral de Prevención y Control de VIH/SIDA.	SEDENA
Almirante Mariano Francisco Saynes Mendoza	Secretario de Marina y Armada de México	SECMAR
Dra. MSP. Macrina Mónica Díaz Altamirano	Jefe del Departamento de Epidemiología	SECMAR
Mtra. Celina Alvear Sevilla	Directora General	CENADIC

Lic. María del Carmen  
Fernández Cáceres

Directora General

Centros de  
Integración  
Juvenil, A.C.

Dr. Carlos Tena Tamayo

Comisionado Nacional

CONADIC

### PROGRAMAS ESTATALES DE VIH/SIDA

Se agradece a los Programas Estatales de VIH/SIDA de las 32 Entidades Federativas por su constante trabajo para la actualización de los indicadores que forman parte de la respuesta en VIH/SIDA, en especial a los que se enlistan a continuación por sus aportaciones específicas para este reporte sobre el trabajo que realizan en su entidad para la población clave de Usuarios de Drogas Inyectables.

NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN
Dr. Jorge Duque Rodríguez	Responsable	Programa VIH/SIDA/ITS de Chihuahua
Dra. Bertha Alicia Salazar Cárdenas	Jefa de Departamento	Programa VIH/SIDA/ITS de Sinaloa
Dra. María del Rosario Valenzuela Salazar	Responsable	Programa VIH/SIDA/ITS de Durango
Dr. Héctor Genaro Meza Muñoz	Coordinador Estatal	Programa VIH/SIDA/ITS de Guanajuato
Dra. Remedios Lozada Romero	Coordinadora	Programa VIH/SIDA/ITS de VIH/ITS de Baja California
Dr. Genaro Leal Martínez	Secretario Técnico	COESIDA Nuevo León

Dr. Alejandro Cortez  
Calderón

Coordinador

Programa  
VIH/SIDA/ITS de  
Tamaulipas

Dr. Ezequiel Reyes Durán

Coordinador

Programa  
VIH/SIDA/ITS de  
Zacatecas

### ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA agradece a las 16 Organizaciones de la Sociedad Civil que se registraron en el proceso para participar en la elaboración del presente Informe conforme a la convocatoria pública emitida, especialmente a aquellas que participaron activamente en las reuniones (videoconferencias) y en el envío del cuestionario ICPN-B y de comentarios puntuales a los indicadores que reporta el país.

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>ORGANIZACIÓN</b>
Antonio Enrique Nevarez Torres	Presidente	Comunidad Metropolitana, A.C. COMAC
Alejandrina García Rojas	Representante	Salud Integral para la Mujer, SIPAM, A.C.
Juan Carlos Mendoza Pérez	Representante	Population Services International PSI, A.C.
Eugenia López Uribe	Coordinadora General	Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud A.C.
Adriana Hernández Méndez	Representante	Fundación Casa Alianza México I.A.P.
Jacinto Abel Quiroga Quintanilla	Presidente	Acción Colectiva por los Derechos de las Minorías Sexuales A.C. ACODEMIS

Juan Silverio Ramírez Urbina	Representante	Irapuato Vive, A.C.
Maribel Ortega Álvarez	Presidenta	Acciones Voluntarias Sobre Educación en México, Ave de México, A.C.
Aída Guadalupe García Rojas	Presidenta	Euxarte y SIDA, A.C.
Alexis Sorel Flores Sixtos	Representante	Democracia y Sexualidad, A.C. DEMYSEX

**FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD**  
INICIATIVA PRIVADA

Se extiende un cordial agradecimiento a la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) por su colaboración en este informe al proporcionar los datos derivados del Proyecto México VIH/SIDA Ronda 9, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>ORGANIZACIÓN</b>
Dra. Patricia Uribe Zúñiga	Coordinadora General, Unidad de Gestión del Proyecto México VIH/SIDA, Ronda 9	FUNSALUD
Mtra. Jessica Salas Martínez	Coordinadora de Monitoreo y Evaluación, Unidad de Gestión del Proyecto México VIH/SIDA, Ronda 9	FUNSALUD

**SISTEMA DE NACIONES UNIDAS**

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>AGENCIA</b>
Sr. Diego Palacios Jaramillo	Representante para México y Presidente del Grupo Temático de ONU sobre VIH/SIDA	UNFPA

Dr. José Enrique Zelaya	Coordinador para México	ONUSIDA
Mónica Rodríguez	Consultora de Apoyo al Grupo Temático y Grupo Conjunto	PNUD/ONUSIDA
Ana María Güemez	Oficial de Política Social y Punto Focal para VIH/SIDA	UNICEF
Jimena Valdez	Coordinadora para Género y VIH	UNESCO
Francisco Javier Arellano	Oficial de VIH y SIDA	UNFPA
Dra. Amalia Ayala	Oficial de Salud Familiar y Comunitaria y Punto Focal para VIH/SIDA	OPS/OMS
Viviane Plata	Responsable de Programas y Punto Focal para VIH/SIDA	ONU MUJERES
Ana María López	Gerente del Programa de Gobernabilidad Democrática y punto focal para VIH/SIDA	PNUD

<b>LISTA DE AGRADECIMIENTOS</b>	<b>2</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>8</b>
<b>ACRÓNIMOS</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>17</b>
<b>I. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME</b>	<b>20</b>
1.1 La participación de los interesados en el proceso de redacción	20
1.2 Tabla general de Indicadores	23
<b>II. LA EPIDEMIA DE VIH EN MÉXICO</b>	<b>26</b>
2.1 Panorama mundial y regional de la epidemia del VIH	26
2.2 Situación nacional de la epidemia del VIH	26
2.3 La respuesta política y programática al VIH en México	31
<b>III. REPORTE DE INDICADORES DE AVANCE EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA</b>	<b>37</b>
<b>Objetivo 1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015.</b>	<b>37</b>
1.1 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	37
1.2 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	38
1.3 Relaciones sexuales con múltiples parejas	39
1.4 Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual	40
1.5 Las pruebas del VIH en la población general	41
1.6 La prevalencia del VIH entre los jóvenes	41
1.7 Los profesionales del sexo: programas de prevención	42
1.8 Los profesionales del sexo: uso del preservativo	43
1.9 Las pruebas del VIH en los profesionales del sexo	45
1.10 La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo	45

1.11 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: programas de prevención	47
1.12 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo	48
1.13 Las pruebas del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	49
1.14 La prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	50
1.15 Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de prueba del VIH y consejería (UA 2011 #A1)	51
1.16 Número de mujeres y hombres de 15 años o más que se realizaron la prueba del VIH y recibieron consejería en los últimos 12 meses y conocen el resultado (UA 2011#A2)	52
1.17 Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que se realizan la prueba de detección de sífilis durante la primera visita a atención prenatal en los últimos 12 meses (UA 2011 #F1)	53
1.17.1 Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que fueron positivas para sífilis (UA 2011 #F2)	53
1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal para sífilis que recibieron tratamiento (UA 2011 #F3)	54
1.17.3 Porcentaje de trabajadores sexuales (TS) con sífilis activa (UA 2011#F4)	54
1.17.4 Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con sífilis activa (UA 2011 #F5)	55
<b>Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015</b>	<b>56</b>
2.1 Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención	56
2.2 Usuarios de drogas inyectables: uso del preservativo	57
2.3 Usuarios de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras	59
2.4 Las pruebas del VIH en los usuarios de drogas inyectables	59
2.5 Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables	61
2.6 Número estimado de personas en terapia de sustitución de opiáceos (inyectores y no inyectores)	61
2.7 Servicios con programas de intercambio de agujas y jeringa y de terapia de sustitución	62
<b>Objetivo 3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas con el SIDA</b>	<b>63</b>
3.1 Prevención de la transmisión materno-infantil	63

3.2 Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	64
3.3 Transmisión materno-infantil del VIH (modelada)	64
3.4 Porcentaje de mujeres embarazadas que conocen su estado de VIH (se han realizado la prueba del VIH y han recibido su resultado -durante el embarazo, durante el parto o durante el periodo de post parto (<72 horas), incluyendo aquellas con conocimiento previo de su estatus de VIH) (UA 2011 #15)	65
3.5 Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal cuya pareja masculina se realizó la prueba de VIH (UA 2011 #16)	65
3.6 Porcentaje de embarazadas con VIH que son elegibles para tratamiento antirretroviral a través del estadio clínico o prueba de CD4 (UA 2011 #17)	66
3.7 Porcentaje de bebés nacidos de madres con VIH que están recibiendo profilaxis antirretroviral para la reducir el riesgo de transmisión materno-infantil temprana en las primeras 6 semanas (es decir, transmisión durante el puerperio alrededor de las 6 semanas de vida) (UA 2011 #19)	66
3.8 Porcentaje de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que reciben antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante el periodo de lactancia materna	66
3.9 Porcentaje de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que comenzaron la profilaxis con Trimetroprim sulfametoxazol en el plazo de 2 meses después del nacimiento (UA 2011 #110)	67
3.10 Distribución de prácticas de alimentación (lactancia materna exclusiva, alimentación de sustitución /sucedáneos de leche, alimentación mixta u otras) en niños < 12 meses nacidos de mujeres con VIH en el momento de vacunación DTP3 (UA 2011 #112)	67
3.11 Número de mujeres que acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el periodo de notificación (UA 2011 #11)	68
3.12.1 Número de establecimientos de salud que proveen servicios de atención prenatal (UA 2011 #2a)	68
3.12.3 Número de establecimientos de atención prenatal que realizan pruebas de VIH y proporcionan antirretrovirales in situ para la prevención de la transmisión materno-infantil.	69
3.12.4 Número de establecimientos de salud que prestan servicios de atención prenatal que también proporcionan pruebas de CD4 en el sitio, o tiene un sistema para recoger y transportar muestras de sangre para las pruebas de CD4 de mujeres embarazadas infectadas por el VIH	70
3.12.5 Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico (#13)	71
3.12.6 Porcentaje de establecimientos de salud que proporcionen servicios de prueba virológica (ej. reacción en cadena de la polimerasa - PCR) para el diagnóstico in situ de VIH en niños <12 meses o a través de gota de sangre seca (#14)	71

<b>Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015</b>	<b>72</b>
4.1 Tratamiento del VIH: Terapia antirretroviral	72
4.1.1 Número de adultos y niños elegibles que han comenzado tratamiento antirretroviral durante el periodo de notificación (2011) (UA 2011 G2b)	73
4.2 Retención en la terapia antirretroviral 12 meses después de comenzar el tratamiento	74
4.2.1 Porcentaje de adultos y niños con VIH vivos y que están en TAR 24 meses después del inicio del tratamiento entre los pacientes que lo iniciaron durante 2009, (UA 2011 G3b)	75
4.2.2 Porcentaje de adultos y niños con VIH vivos y que están en TAR 60 meses después del inicio del tratamiento entre los pacientes que lo iniciaron durante 2006 (UA 2011 G3c)	75
4.3 Número de establecimientos de salud que ofrece TAR (#G1)	75
4.4 Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en los 12 últimos meses	76
4.6 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH y elegibles para la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol (CTX) (según las directrices nacionales) que en la actualidad reciben profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol (UA 2011 #D1)	77
<b>Objetivo 5. Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015</b>	<b>77</b>
5.1 Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	77
5.2 Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de TAR para las personas que viven con el VIH con prácticas demostrables de control de infecciones que incluyen control de la tuberculosis	79
5.3 Porcentaje de adultos y niños recientemente incluidos en la atención de la infección por el VIH, que han iniciado terapia preventiva con Isoniacida (TPI) (UA 2011 #E3)	79
5.4 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH que se sometieron a tamizaje de la tuberculosis durante la última visita (UA 2011 #E4)	79
<b>Objetivo 6. Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000) millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios</b>	<b>80</b>
6.1 Gasto nacional e internacional relativo al SIDA por categoría y fuentes de financiación	80
<b>Objetivo 7: Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo</b>	<b>80</b>

7.1 Instrumento de observación de los compromisos y políticas nacionales (prevención, tratamiento, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, cuestiones de género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación y Monitoreo y Evaluación).	80
7.2 Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente	81
7.3 Asistencia escolar por parte de los huérfanos	82
7.4 Apoyo económico externo a los hogares más pobres	82
<b>IV. PRACTICAS ÓPTIMAS</b>	<b>83</b>
<b>V. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS</b>	<b>84</b>
<b>VI. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS</b>	<b>85</b>
<b>VII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN</b>	<b>85</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I: FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES	90
ANEXO II: MATRIZ MEGAS	136
ANEXO III: INDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL (PARTE A Y PARTE B)	143
ANEXO IV. INDICADORES OPS/OMS	237
<b>INDICE DE CUADROS</b>	
Cuadro 1. Tabla General de Indicadores	23
Cuadro 2. Prevalencias: Poblaciones más expuestas infectadas por el VIH. México 2011	27
Cuadro 3. Conocimiento sobre condón como medida de prevención del VIH.	38
<b>INDICE DE GRÁFICAS</b>	
Gráfica 1. Prevalencia de VIH/SIDA en adultos de 15-49 años (2011)	27
Gráfica 2. Razón Hombre-Mujer de casos de SIDA según año de diagnóstico (1985-2011)	28
Gráfica 3. Porcentaje de casos de SIDA según grupos de edad, México (1983-2011)	28

Gráfica 4. Porcentaje de casos de SIDA en varones de 15 y más años por categoría de transmisión, México, 1993-2011	29
Gráfica 5. Porcentaje de casos de SIDA en mujeres de 15 y más años por categoría de transmisión, México, 1993-2011	30
Gráfica 6. Tasas de mortalidad por SIDA, 1990-2011. Tasas por 100,000	31
Gráfica 7. Porcentaje de jóvenes de 15-24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años por sexo	39
Gráfica 8. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	40
Gráfica 9. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	41
Gráfica 10. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH (Trabajadoras/es sexuales)	43
Gráfica 11. Porcentaje de Trabajadoras/es sexuales varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	44
Gráfica 12. Porcentaje de trabajadores sexuales que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados	45
Gráfica 13. Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH (Trabajadoras/es sexuales)	46
Gráfica 14. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH (Hombres que tienen sexo con hombres)	47
Gráfica 15. Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	49
Gráfica 16. Porcentaje de HSH que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	50
Gráfica 17. Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH (HSH)	51
Gráfica 18. Porcentaje de establecimientos de salud que realiza Prueba y Consejería de VIH	52
Gráfica 19. Porcentaje de asistentes a la atención prenatal que fueron positivos para la sífilis	54
Gráfica 20. Porcentaje de trabajadores sexuales (TS) con sífilis activa (UA 2011#F4)	55
Gráfica 21. Porcentaje de hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH) con sífilis activa	56
Gráfica 22. Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año	57
Gráfica 23. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	58
Gráfica 24. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	59
Gráfica 25. Porcentaje de UDI's que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados	60

Gráfica 26. Prevalencia de VIH entre los usuarios de drogas inyectables	<b>61</b>
Gráfica 27. Número de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringa y de terapia de sustitución	<b>62</b>
Gráfica 28. Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil	<b>64</b>
Gráfica 29. Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses	<b>65</b>
Gráfica 30. Número de mujeres que acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el periodo de notificación (UA 2011 #11)	<b>68</b>
Gráfica 31. Número de establecimientos de salud que proveen atención prenatal	<b>69</b>
Gráfica 32. Número de establecimientos de atención prenatal que realizan pruebas de VIH y proporcionan antirretrovirales in situ para la prevención de la transmisión materno infantil	<b>70</b>
Gráfica 33. Número de establecimientos de salud que prestan servicios de atención prenatal que también proporcionan pruebas de CD4 en el sitio, o tiene un sistema para recoger y transportar muestras de sangre para las pruebas de CD4 de mujeres embarazadas	<b>70</b>
Gráfica 34. Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico (#13)	<b>71</b>
Gráfica 35. Porcentaje de establecimientos de salud que proporcionen servicios de prueba virológica (ej. reacción en cadena de la polimerasa - PCR) para el diagnóstico in situ de VIH en niños <12 meses o a través de gota de sangre seca ( #14)	<b>72</b>
Gráfica 36. Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral	<b>73</b>
Gráfica 37. Número de adultos y niños elegibles que han comenzado tratamiento antirretroviral durante 2011	<b>74</b>
Gráfica 38. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	<b>75</b>
Gráfica 39. Número de establecimientos de salud que ofrece TAR	<b>76</b>
Gráfica 40. Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en los 12 últimos meses	<b>77</b>
Gráfica 41. Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	<b>78</b>
Gráfica 42. Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de TAR para las personas que viven con el VIH con prácticas demostrables de control de infecciones que incluyen control de la tuberculosis	<b>79</b>
Gráfica 43. Prevalencia de violencia física por parte de la pareja íntima masculina de la mujer	<b>81</b>

## ACRÓNIMOS

ARV	Antirretrovirales
CAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
CAPACITS	Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.
CENADIC	Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva
COESIDA	Consejo Estatal para la Prevención y Control del VIH/SIDA
CONADIC	Consejo Nacional contra las Adicciones
CONAPRED	Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación
CONASIDA	Consejo Nacional
CTX	Profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol
ENA	Estrategia Nacional de Adherencia
ENDIREH	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENVIM	Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud.
GAIA	Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia
GCTH	Grupo de Cooperación Técnica Horizontal
GFATM	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (por sus siglas en inglés)
GIS	Grupo de Información Sectorial
HSH	Hombre que tiene Sexo con Hombre
HTS	Hombre Trabajador Sexual
ICPN	Índice Compuesto de Política Nacional
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
M&E	Monitoreo y Evaluación
MARP	Poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad (por sus siglas en inglés)
MEGAS	Medición de Gasto Nacional en SIDA
MTS	Mujer Trabajadora Sexual
NSP	Programa de intercambio de agujas y jeringas (por sus siglas en inglés)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización de la Sociedad Civil
OST	Terapia de Sustitución de Opiáceos (por sus siglas en inglés)
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PPL	Población Privada de la Libertad
PSI-México	Population Services International- México
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
PTV	Prevención de la Transmisión Vertical del VIH
PVV	Personas Viviendo con VIH
RNCS	Registro Nacional de Casos de SIDA

SAI	Servicios de Atención Integral
SALVAR	Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV
SECMAR	Secretaría de Marina y Armada de México
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SS	Secretaría de Salud
SUIVE	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
TARAA	Terapia Antirretroviral Altamente Activa
TARV	Terapia Antirretrovírica
TB	Tuberculosis
TPI	Terapia Preventiva con Isoniacida
TS	Trabajo Sexual
TTTTI	Transexuales, Travestis, Transgénero e Intersexuales
UDI	Usuario de Drogas Inyectables
UNEMES	Unidad de Especialidades Médicas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
UNGASS	Sesión de la Asamblea General de Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

## INTRODUCCIÓN

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

Esta nueva declaración política, tiene 7 objetivos<sup>1</sup>:

1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015.
2. Reducir en 50% el número de transmisiones del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015;
3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida.
4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015.
5. Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015.
6. Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios
7. Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo.

Cada objetivo, está relacionado para su seguimiento con una serie de indicadores básicos propuestos por el ONUSIDA, a los que los Estados Miembros, incluido México, se comprometieron a informar sobre sus avances a la Asamblea General.

Los datos y fuentes que se detallan en este documento, pretenden dar una descripción detallada y analítica de la respuesta del país a la epidemia del VIH. La información que se presenta en este informe corresponde al periodo 2010-2011 conforme a la solicitud de las Naciones Unidas. Los datos empleados en el cálculo de los indicadores, en su mayoría, derivan de sistemas de información nacional, encuestas, estudios; así como de entrevistas realizadas con actores clave en el tema.

A fin de sistematizar el reporte de los indicadores, éstos son presentados en fichas técnicas que contienen los siguientes componentes:

---

<sup>1</sup> ONUSIDA. Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA 2012. Ginebra, Suiza. Diciembre 2011. OMS, UNICEF y ONUSIDA. Guía sobre indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA 2012. Enero, 2012

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

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

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

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

En el tercer apartado, se analiza a detalle cada uno de los indicadores propuestos por el ONUSIDA para el seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/SIDA 2011. En esta sección se exponen los progresos del país, a través de indicadores agrupados en siete objetivos. Adicionalmente, se incluye la visión que tienen las OSC, respecto a los temas que refieren los indicadores.

Los últimos cuatro apartados concentran las Prácticas óptimas, las Principales problemas y acciones correctoras, el Apoyo de los asociados para el desarrollo del país y el entorno del monitoreo y evaluación.

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

Este documento es producto del esfuerzo y articulación de diversos sectores: instituciones del sector público de salud, organizaciones de la sociedad civil, centros de estudios, y organismos que conforman el Sistema de las Naciones Unidas; en el cual se identifican los progresos, oportunidades y retos actuales de México, que emanan de la Declaración Política sobre el VIH/SIDA 2011.

Este informe está dirigido a los funcionarios del ONUSIDA y sus agencias copatrocinadoras; a las autoridades nacionales, estatales y locales en materia de VIH/SIDA; a la sociedad civil en general, a la sociedad civil con trabajo en particular en VIH/SIDA; a Centros e Institutos de Investigación; así como a las personas viviendo con VIH y a las personas afectadas por la epidemia.

## **I. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS PARA LA REDACCIÓN DEL INFORME**

### **1.1 La participación de los interesados en el proceso de redacción**

Para la elaboración de este informe, se realizó un plan de trabajo que contempló el cálculo de los indicadores solicitados y las respuestas al instrumento de observación de los compromisos y las políticas nacionales; así como procesos de validación con autoridades, organizaciones de la sociedad civil (OSC) y organismos de Naciones Unidas. Este informe tiene el objetivo de presentar los elementos básicos que conducen la epidemia mexicana del VIH/SIDA, a través del análisis de los indicadores propuestos por el ONUSIDA, identificando los alcances del programa nacional y áreas de mejora futuras. Debido a lo anterior, incluye información obtenida de las fuentes que conforman el sistema de información nacional en materia de VIH/SIDA, pero también incluye las opiniones y percepciones de personas y organizaciones de la sociedad civil.

#### **Metodología**

La coordinación de la elaboración del Informe Nacional de Progresos realizados en SIDA 2012, estuvo a cargo del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA).

El equipo de trabajo del CENSIDA estuvo conformado por un punto focal del informe, una coordinadora técnica para la elaboración del informe; un investigador de apoyo técnico, dos asesores técnicos, encargados de calcular los indicadores y la aplicación del ICPN (partes A y B). El equipo contó con la colaboración de funcionarios del sector salud y otros sectores gubernamentales; la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), como parte coordinadora del Proyecto de Fondo Mundial Ronda 9 de México; así como de las organizaciones de la sociedad civil con experiencia y trabajo en SIDA (OSC) y Organismos de Naciones Unidas en México (ONU).

La dinámica de trabajo para la elaboración del presente informe fue la siguiente:

Se entrevistó a funcionarios del CENSIDA para que respondieran el Instrumento de Observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (INCP), parte A; así como para la revisión conjunta del apartado de indicadores.

El trabajo con las OSC y ONU se formalizó mediante una convocatoria pública emitida por el CENSIDA para invitar a dichos sectores a que participaran en la elaboración del presente informe. Dicha convocatoria pública se difundió en la página web del CENSIDA; así como también se envió por correo electrónico a todas las OSC con trabajo en VIH/SIDA inscritas en el censo del CENSIDA. Una vez inscritas las OSC que se interesaron se realizaron tres reuniones bajo la modalidad de videoconferencias, para el llenado del Instrumento de Observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (INCP), parte B; así como para recabar la información cualitativa y cuantitativa de la que disponen referente a la sección de indicadores.

La primera reunión fue informativa (9 de marzo 2012), con los objetivos de introducir a los participantes a los conceptos básicos del monitoreo de programas; exponer la dinámica de trabajo para la realización del Informe Nacional 2012 y revisar sus componentes: ICPN parte B e indicadores. El material de apoyo proporcionado fueron los manuales de ONUSIDA: Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA 2012 y la Guía sobre indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA 2012.

Posteriormente, en la segunda reunión de trabajo (21 de marzo 2012), se revisó el ICPN parte B, conjuntamente entre OSC y ONU, cuyas respuestas fueron enviadas previamente por los participantes y procesadas por el CENSIDA, bajo la siguiente metodología: para tener el valor definitivo de cada pregunta la calificación obtenida de las OSC con base al análisis de frecuencias contó un 50%; y la calificación condensada del Sistema de ONU el otro 50%.

Finalmente, para la tercera y última reunión (23 de marzo 2012), se revisó la versión final de la sección de indicadores, los cuales fueron previamente trabajados por el CENSIDA, en colaboración con las instituciones del sector salud público (Secretaría de Salud –SS-, Instituto Mexicano del Seguro Social –IMSS-, Instituto Mexicano de Trabajadores del Estado –ISSSTE-, Petróleos Mexicanos –PEMEX-, Secretaría de la Defensa Nacional –SEDENA- y Secretaría de Marina –SECMAR-) y algunas Organizaciones de Sociedad Civil; y enviados previamente a las OSC y ONU para la incorporación de comentarios y datos recabados por los mismos.

Para la elaboración del informe se desarrollaron las siguientes tareas:

a. Revisión documental.

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

Se realizaron búsquedas intencionadas de publicaciones sobre la interrelación del tema VIH/SIDA con otros temas, tales como el educativo, así como de estudios recientes particularmente con poblaciones más expuestas.

b. Recopilación de la información.

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

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

A fin de construir los indicadores, se analizó la información recopilada, así como las bases de datos pertinentes.

Para los análisis de la base de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0. Para los análisis de las otras fuentes de información se utilizó Excel.

d. Validación de indicadores y entrevistas a funcionarios.

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

e. Trabajo conjunto de indicadores y entrevistas a representantes de organizaciones de la sociedad civil y de agencias del Sistema de Naciones Unidas.

A fin de anexar datos y observaciones de las OSC a la sección de indicadores y responder el ICPN parte B, se convocó a tres reuniones de trabajo en donde se explicó los componentes del informe y se compartieron los resultados y la metodología de construcción de los indicadores, para la recepción de sus datos y observaciones. Asimismo, a fin de determinar los avances así como las necesidades en distintos ámbitos: derechos humanos; participación de la sociedad civil; prevención; y tratamiento, atención y apoyo; se aplicó el cuestionario del ICPN parte B, que se respondió tanto por OSC, como por ONU. (La lista de entrevistados puede verse en la sección inicial de este documento)

f. Elaboración del Informe escrito

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

g. Captura en línea

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

h. Difusión del informe

El informe México UNGASS-SIDA 2010, estará disponible para todos aquellos organismos, entidades, estudiosos del tema e interesados en general que deseen consultarlo a través del portal del CENSIDA; así como del ONUSIDA.

## 1.2 Tabla general de indicadores

Cuadro 1

No.	Nombre	Disponibilidad
1.1	Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	No disponible
1.2	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	7.1%
1.3	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses	8.5%
1.4	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	19.6%
1.5	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	No disponible
1.6	Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH	No aplica
1.7	Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención	59.7%
1.8	Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	HTS (59.8%) y MTS (65.2%)
1.9	Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	HTS (58.8%)
1.10	Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH	HTS (18.2%) y MTS (0.6%)
1.11	Porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH	40.7%
1.12	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	73.2%
1.13	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	43.4%
1.14	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH	17.0%
1.15	Porcentaje de establecimientos de salud que realiza Prueba y Consejería de VIH	44.82%
1.16	Número de mujeres y hombres de 15 años o más que se realizaron la prueba del VIH y recibieron consejería en los últimos 12 meses y conocen el resultado	No disponible
1.17	Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que se realizan la prueba de detección de sífilis durante la primera visita a atención prenatal en los últimos 12 meses	No disponible
1.17.1	Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que fueron positivas para sífilis	0.17% (2010)
1.17.2	Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal para sífilis que recibieron tratamiento	No disponible
1.17.3	Porcentaje de trabajadores sexuales (TS) con sífilis activa	2.08% (2011)
1.17.4	Porcentaje de hombres que tienen sexo con otro hombres (TS) con sífilis activa	14.6%

**Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA, México 2012**

No.	Nombre	Disponibilidad
2.1	Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año	7 jeringas por UDI al año
2.2	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	39.6%
2.3	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	39.7% (UNGASS 2010)
2.4	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	35.4%
2.5	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH	7.02%
2.6	Número estimado de personas en terapia de sustitución de opiáceos (inyectores y no inyectores).	Parcialmente respondido Usuarios de opiáceos (106,939) Personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (ND)
2.7	Número de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringa y de terapia de sustitución	28 (Programas Intercambio Jeringas) 9 (Sitios de Terpia de Sustitución)
3.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil	43.2%
3.2	Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	No disponible
3.3	Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses	12.9%
3.4	Porcentaje de mujeres embarazadas que conocen su estado de VIH (se han realizado la prueba del VIH y han recibido su resultado -durante el embarazo, durante el parto o durante el periodo de post parto (<72 horas), incluyendo aquellas con conocimiento previo de su estatus de VIH)	No disponible
3.5	Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal cuya pareja masculina se realizó la prueba de VIH (UA 2011 #16)	No disponible
3.6	Porcentaje de mujeres embarazadas con VIH que son elegibles para tratamiento antirretroviral a través del estudio clínico o prueba de CD4	No disponible
3.7	Porcentaje de bebés nacidos de madres con VIH que están recibiendo profilaxis antirretroviral para la reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas (es decir, transmisión durante el puerperio alrededor de las 6 semanas de vida) (UA 2011 #19)	No disponible
3.8	Porcentaje de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que reciben antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante el periodo de lactancia materna	No disponible
3.9	Porcentaje de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que comenzaron la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol en el plazo de 2 meses después del nacimiento (UA 2011 #10)	No disponible
3.10	Distribución de prácticas de alimentación (lactancia materna exclusiva, alimentación de sustitución /sucedáneos de leche, alimentación mixta u otras) en niños < 12 meses nacidos de mujeres con VIH en el momento de vacunación DTP3 (UA 2011 #112)	No disponible
3.11	Número de mujeres que acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el periodo de notificación	1,807,955
3.12.1	Número de establecimientos de salud que ofrecen servicios de atención prenatal	15,101
3.12.2	Número de establecimientos de salud que proveen atención prenatal y también prueba y consejería del VIH a la mujer embarazada (UA 2011 #2b)	Disponible, no esta en la plantilla de captura, si en la guía
3.12.3	Número de establecimientos de atención prenatal que realizan pruebas de VIH y proporcionan antirretrovirales in situ para la prevención de la transmisión maternoinfantil (UA 2011 #12C)	368
3.12.4	Número de establecimientos de salud que prestan servicios de atención prenatal que también proporcionan pruebas de CD4 en el sitio, o tiene un sistema para recoger y transportar muestras de sangre para las pruebas de CD4 de mujeres embarazadas infectadas por el VIH	368
3.12.5	Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico (#13)	368
3.12.6	Porcentaje de establecimientos de salud que proporcionen servicios de prueba virológica (ej. reacción en cadena de la polimerasa - PCR) para el diagnóstico in situ de VIH en niños <12 meses o a través de gota de sangre seca ( #14)	100.0%

**Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA, México 2012**

<b>No.</b>	<b>Nombre</b>	<b>Disponibilidad</b>
4.1	Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral	85.1%
4.1.1	Número de adultos y niños elegibles que han comenzado tratamiento antirretroviral durante el periodo de notificación (2011) (UA 2011 G2b)	15,451
4.2	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral	87.9%
4.2.1	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 24 meses después de empezar la terapia antirretroviral	No disponible
4.2.2	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 60 meses después de empezar la terapia antirretroviral	No disponible
4.3	Número de establecimientos de salud que ofrece TAR (#G1)	368
4.4	Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en los 12 últimos meses	18.2%
4.6	Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH y elegibles para la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol (CTX) (según las directrices nacionales) que en la actualidad reciben profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol	No disponible
5.1	Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	48.2%
5.2	Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de TAR para las personas que viven con el VIH con prácticas demostrables de control de infecciones que incluyen control de la tuberculosis (UA 2011 #E1)	368
5.3	Porcentaje de adultos y niños recientemente incluidos en la atención de la infección por el VIH, que han iniciado terapia preventiva con Isoniacida (TPI) (UA 2011 #E3)	No disponible
5.4	Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH que se sometieron a tamizaje de la tuberculosis durante la última visita (UA 2011 #E4)	No disponible
6.1	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación	Ver anexo II
7.1	Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN) Parte A y B	Ver anexo III
7.2	Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses	17.0%
7.3	Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad)	No disponible
-	Indicadores OPS/OMS	Ver anexo IV

## II. LA EPIDEMIA DEL VIH EN MÉXICO

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

De acuerdo con el ONUSIDA<sup>2</sup>, se estimaba que para el año 2010, aproximadamente 34 millones de personas [31.6 millones–35.2 millones] vivían con VIH en el mundo. El análisis por región muestra la mayor concentración de los casos de SIDA en los países de ingreso bajo, el 68% de las personas que vivían con VIH en el 2010 estaban en el África Subsahariana, siendo la región más afectada por la epidemia; es decir 22.9 millones [2.6–24.1 millones] de personas. En segundo lugar se posiciona la región de Asia oriental y sudoriental, con un número estimado de 4,0 millones [3.6–4.5 millones] personas que vivían con VIH. Por otra parte, América Latina, Europa oriental y Asia central se encuentran en tercer lugar con alrededor de 1,5 millones de personas. En este rango de regiones que suman alrededor de un millón de personas se encuentra América del Norte con una estimación total de 1.3 millones [1.0–1.9 millones] de personas.

Para el 2010 era evidente la mejoría de la situación mundial de la epidemia del VIH, para 2010 se registró un total de 2.67 millones [2.46-2.90 millones] de nuevas infecciones, lo que representa una disminución porcentual de 15% en comparación a 2001, aunque esta disminución aún no es la deseada. El análisis de la mortalidad indica que para 2010 existieron 1.76 millones [1.59-1.91 millones] de muertes relacionados al SIDA.

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

Más del 70% de las personas viviendo con VIH de Latinoamérica residían en los cuatro países más grandes de la región, Argentina, Brasil, Colombia y México. El número total de las nuevas infecciones, se estabilizó en los primeros años del nuevo milenio; y ha permanecido estable desde entonces en 100, 000 [73,000-140,000] nuevas infecciones por VIH al año, mientras que se ha reducido el número de muertes anuales relacionadas con la epidemia. Para 2010 se estimaron 67,000 [45,000–92,000] muertes en la región.

### 2.2 Situación nacional de la epidemia del VIH

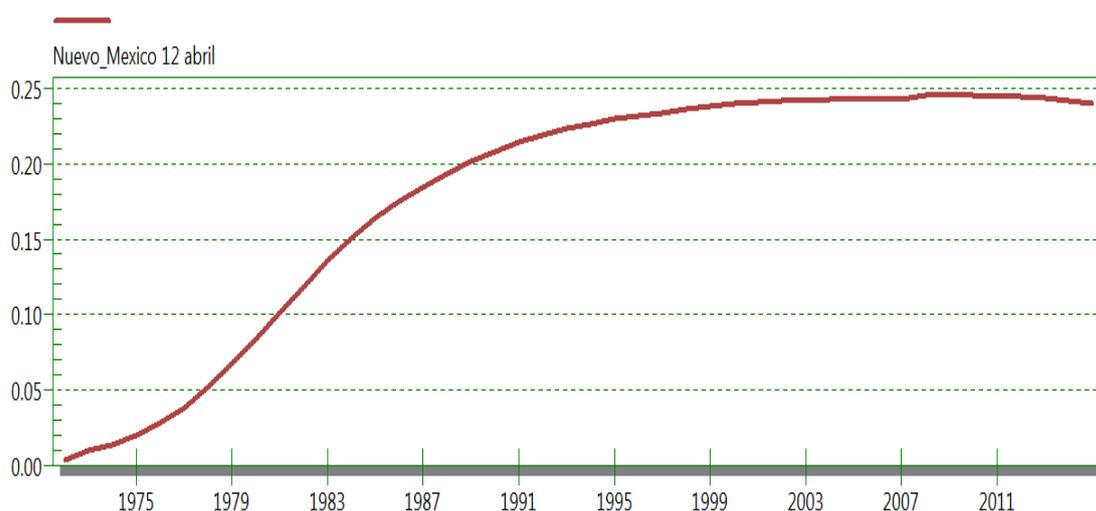
La epidemia del VIH en México, se clasifica como concentrada, dado que no se ha establecido en la población en general; pero se mantiene en poblaciones clave como son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las personas que usan drogas inyectables (UDI); así como hombres trabajadores sexuales (HSH) y en menor medida en mujeres trabajadoras sexuales (MTS) y personas

---

<sup>2</sup> UNAIDS/WHO, 2010 Global Report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010. Geneva.

privadas de la libertad (PPL). El modelo Spectrum 4.47 del ONUSIDA estimó que en el 2011 la prevalencia de infección por el VIH en la población adulta de 15 a 49 años de edad estaba entre el [0.24 - 0.30%], considerando el límite superior del análisis de plausibilidad que ofrece el modelo, siendo el 0.24% el estimador puntual. La tendencia de este indicador muestra que la prevalencia ha disminuido durante los últimos años.<sup>3</sup> Según este modelo, para 2011 vivían en el país entre [169,443 - 213,363] según el límite superior del análisis de plausibilidad, en donde el estimador puntual son 169,443 adultos y niños.

**Grafica 1.**  
Prevalencia de VIH/SIDA en adultos de 15-49 años (2011)



Fuente: CENSIDA-ONUSIDA, Estimaciones del Modelo Spectrum 4.47, 2012.

En las poblaciones clave la prevalencia de infección por VIH se ha mantenido históricamente por encima del 5% en HSH, UDI y HTS. Para 2011, datos observacionales indican que la prevalencia de VIH en los HSH era de 16.99%, seguidos de los HTS (18.24%), los UDI, (7.0%), y finalmente las MTS (0.63%).

**Cuadro 2**

Prevalencias: Poblaciones más expuestas infectadas por el VIH. México 2011					
Población	Todos	Hombre	Mujer	<25	25+
Trabajadores sexuales	1.06%	18.24%	0.63%	0.94%	1.12%
HSH	16.99%			12.40%	21.01%
UDI	7.02%	6.46%	8.31%	6.91%	7.07%

Fuentes: \*Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M., Conde C. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de HSH. Enero 2012. \*\*Censida. Programas de monitoreo de poblaciones vulnerables. Bases de datos 2009-2010

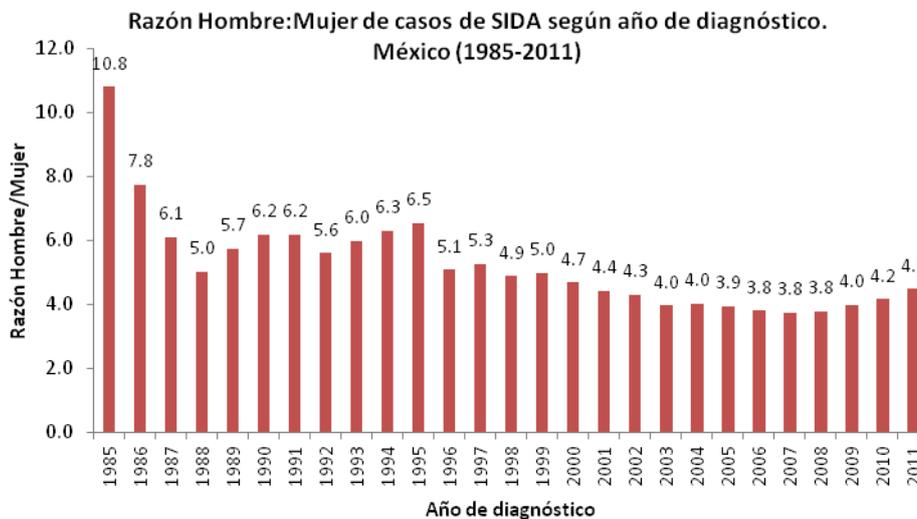
### **Distribución por género y edad**

Desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta el 31 de diciembre del 2011, se han contabilizado en el Registro Nacional de Casos de SIDA un total de 153,109 casos acumulados de SIDA, de los cuales el 82% son hombres y el

<sup>3</sup> CENSIDA/ONUSIDA, 2011 Estimación de VIH/SIDA con Spectrum 4.47. México 2011.

18% son mujeres, es decir, existe una razón hombre/mujer de 4.6 hombres con SIDA por una mujer con SIDA. Si consideramos el posible factor de subregistro, especialmente en los últimos cinco años; y que puede estar más acentuado en los últimos tres, podríamos decir que durante los últimos nueve años la razón hombre/mujer se ha mantenido alrededor de cuatro hombres con SIDA por una mujer con SIDA para cada año.

Gráfica 2.



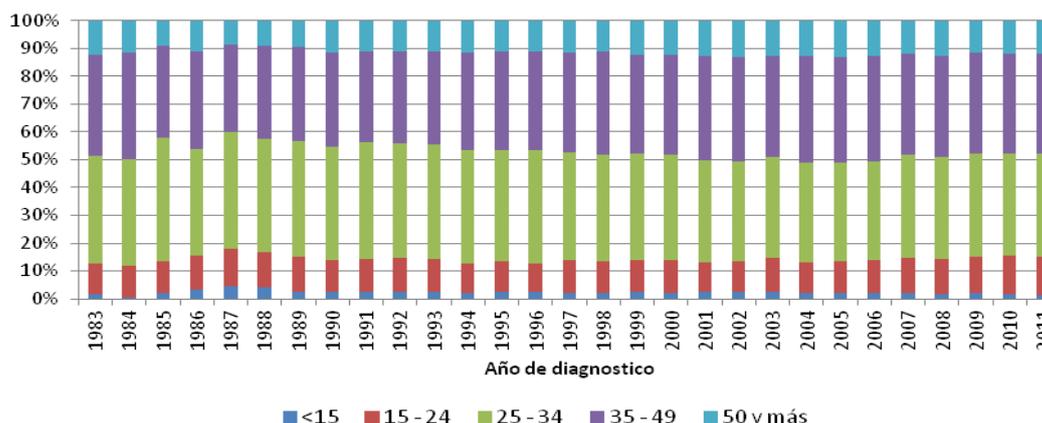
Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2011

Respecto a la edad, el grupo de 30-34 años de edad es el grupo con mayor porcentaje de casos de SIDA (19.8%), seguido del grupo de 25-29 años de edad (18.2%). En tercer lugar de importancia aparecen el grupo 35-39 años de edad con 16.4% de los casos de SIDA diagnosticados.

La tendencia histórica de la epidemia muestra que desde 1997 la proporción de casos de SIDA se ha mantenido similar entre los grupos de personas menores de 15 años, personas de entre 15 y 24 años, personas de entre 35 y 49 años; y personas de mayores de cincuenta años, siendo las poblaciones comprendidas entre los 25 y los 49 años las más afectadas.

Gráfica 3.

Porcentaje de casos de Sida, según grupos de edad. México (1983-2011)



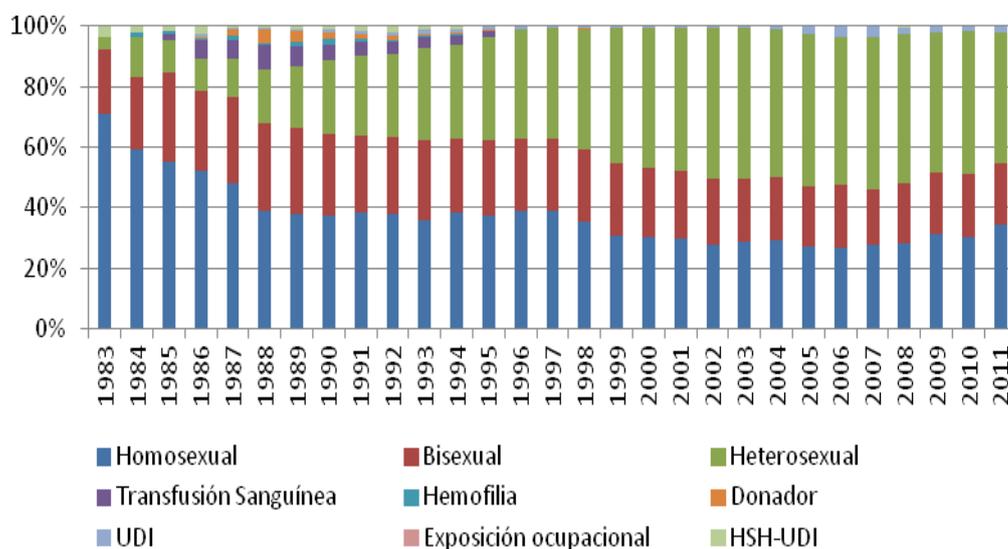
Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos Sida. Datos al 31 de diciembre del 2011

### Vías de transmisión

La epidemia del VIH en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de más del 90% de los casos acumulados de SIDA. De manera particular, la epidemia en varones adultos (de 15 y más años de edad) está fundamentalmente asociada a la transmisión sexual, ya sea en varones homosexuales, bisexuales o heterosexuales.

Si analizamos los casos de SIDA en hombres, en los primeros años de la epidemia los casos en homosexuales y bisexuales llegaron a representar más del 90% del total de casos, a finales de la década actual continúan representando alrededor del 50%. Esto sin considerar que en este análisis se excluyeron los casos de SIDA en donde la categoría de transmisión es desconocida, por lo que ese porcentaje podría estar subestimado (en uno de cada tres casos no se registró la categoría de transmisión). También resulta importante resaltar la desaparición de los casos de SIDA asociados a la transfusión sanguínea. Cabe precisar que aunque el sector poblacional de los UDI reporta prevalencias de VIH mayores a 5%, los casos de SIDA en esta población representan bajo porcentaje del total de los casos de SIDA en el país. Los casos de transmisión vertical también representan un muy bajo porcentaje.

**Gráfica 4**  
**Porcentaje de casos de SIDA en varones de 15 y más años por categoría de transmisión**  
 México, 1983-2011

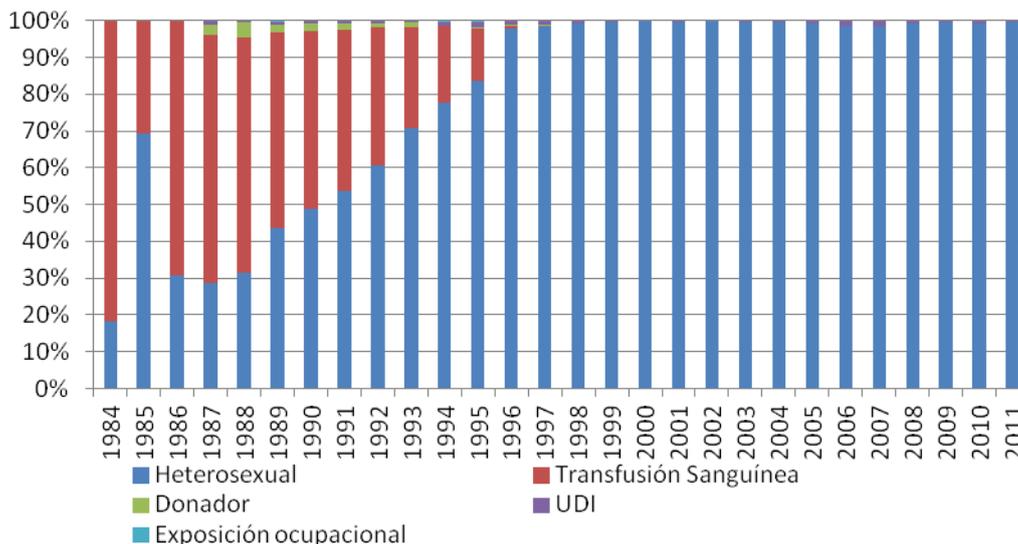


Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2011

La epidemia del SIDA en mujeres adultas (de 15 y más años de edad), también es dominada por la transmisión sexual, en donde la transmisión de tipo heterosexual significa casi el 98% del total de casos registrados en el 2011, aunque cabe destacar que muchos hombres que tienen sexo con otros hombres no se asumen como HSH y que sus parejas sexuales femeninas desconocen este comportamiento de su pareja masculina, en tanto que los casos de SIDA perinatales y en usuarias de drogas inyectadas ocupan el porcentaje restante.

Al igual que la epidemia en varones, los casos de SIDA en mujeres asociados a la transfusión sanguínea, que llegaron a representar más del 80% de los casos al inicio de la epidemia, también han desaparecido como resultado del tamizaje obligatorio de la sangre a transfundir, así como por la prohibición de la comercialización de la misma, aplicada en nuestro país exitosamente en los primeros años de la epidemia.

**Gráfica 5**  
**Porcentaje de casos de SIDA en mujeres de 15 y más años por categoría de transmisión. México, 1983- 2011**

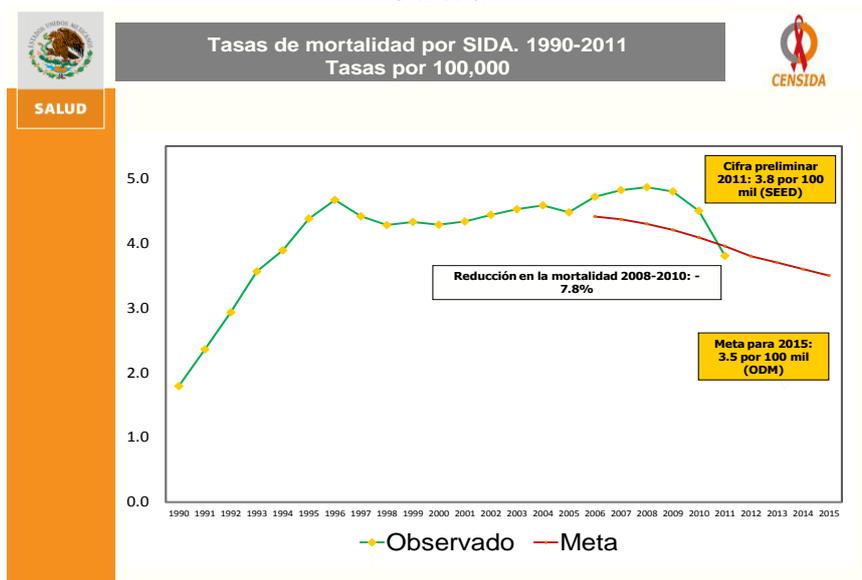


Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2011

### **Mortalidad**

Cabe precisar que durante los últimos años, los esfuerzos del país en materia de acceso universal a tratamiento antirretroviral y de atención integral, combinados con estrategias preventivas y del combate al estigma, la discriminación y la homofobia, han comenzado a rendir frutos, lo cual se manifiesta en la reducción de la mortalidad asociada al SIDA en el país en un 7.8% del 2008 al 2010, pasando de una tasa de 4.9 muertes por cada cien mil a 4.5 defunciones por cada cien mil.

Gráfica 6.



### 2.3 La respuesta política y programática al VIH en México

Los primeros casos de SIDA que se reportaron en México fueron en 1983, año en que se conocía poco de la infección y todavía no existían manuales estandarizados para apoyar la identificación de los casos.<sup>4</sup> Tras más de 30 años desde el inicio de la epidemia en México, los factores asociados a la misma han evolucionado; así como las políticas y acciones para responder a la misma, con base al contexto epidemiológico y social.

Las aportaciones del sector gubernamental, en sinergia con las acciones de la sociedad civil organizada, han permitido ir consolidando la estructura y los ejes de operación que claves en la respuesta al VIH de nuestro país. Cabe recordar que en 1986, se instituyó el Comité Nacional para la Prevención del SIDA; y dos años después se convirtió en Consejo Nacional, con participación multisectorial. Así, en diciembre del 2011, se cumplieron 23 años de la puesta en marcha del entonces CONASIDA, hoy denominado CENSIDA, tiempo en el cual se ha consolidado una respuesta amplia y transversal a la epidemia en el país.

Por su parte, el proceso de descentralización de los servicios de salud trajo consigo un reto mayor: los programas para la prevención y el control del VIH/SIDA y otras ITS de la Secretaría de Salud recayeron bajo la responsabilidad de cada una de las 32 entidades federativas.<sup>5</sup>

Los resultados de las continuas acciones desarrolladas hasta nuestros días, han propiciado una cierta estabilidad en el curso de la epidemia. En materia de prevención, las primeras acciones que resultaron en la contención de la epidemia, se dirigieron al control de la transmisión por transfusión sanguínea y a la prevención en mujeres trabajadoras sexuales. Paulatinamente y ante las evidencias de la concentración de la infección en hombres que tienen sexo con hombres, así como en el importante crecimiento de casos de la epidemia en

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

<sup>5</sup> SS/ CENSIDA Programa de Acción VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 2001-2006. México, 2002

usuarios de drogas inyectables, se reformuló la estrategia para alcanzar a estos grupos con el objetivo de focalizar la prevención en poblaciones clave.

En materia de atención, cabe destacar que a finales del 2003, México alcanzó el acceso universal a tratamiento ARV a través de ofrecer tratamiento antirretroviral gratuito para las personas sin seguridad social que lo requieren a través del Fideicomiso de protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular. Esta política comienza a demostrar éxito ya que desde el año 2009, se nota el impacto del acceso universal en la reducción de la mortalidad general por SIDA.

En el marco del Programa Nacional de Salud 1997-2001, se elaboró el primer “Modelo para la atención Médica para paciente con VIH/SIDA” conocido como “Servicios Especializado para la atención del SIDA” (SEAs), hoy Servicios de Atención integral (SAIS) que, consistía en la integración de un equipo de salud multidisciplinario con el objetivo de proporcionar atención ambulatoria e integral en los hospitales ya existentes en cada entidad federativa y pertenecientes a la Secretaría de Salud.

En el 2003, dentro del Plan Maestro de Infraestructura de la Secretaría de Salud, se incluyó en el proyecto de Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), la construcción de 56 Centros Ambulatorios para la Atención y Prevención del SIDA e ITS (CAPASITS), con la finalidad de ampliar el acceso a la atención integral, incluyendo el tratamiento con antirretrovirales, así como la prevención y la detección oportuna del VIH e ITS, en la población que carece de seguridad social.

Su creación tuvo como propósito garantizar un trato adecuado, abatir las desigualdades en la atención médica y mejorar las condiciones de salud de las personas que viven con VIH/SIDA. Estas acciones formaron parte de los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006 que continúan en la presente administración (2007-2012).

Además, a partir del año 2009, se incluyó de acuerdo a las recomendaciones de la “Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH/SIDA”, la determinación cuatrimestral de la carga viral y linfocitos CD4, así como la prueba de genotipo en caso necesario, en el protocolo de atención financiado por el fondo de gastos catastróficos. Con ello, se logrará tener un mejor control de la eficacia del tratamiento antirretroviral y detectar oportunamente las necesidades de cambios.

Desde el CENSIDA; y con colaboración de otras dependencias como el CONAPRED, la CNDH y el CNEGySR, entre otros, también se ha trabajado en diversas temáticas por demás trascendentes como la defensa de los derechos humanos, acciones para disminuir el estigma y la discriminación, planes con enfoque de género y apoyo a grupos de autoayuda. Dos avances sustanciales han sido el reconocimiento a las organizaciones de la sociedad civil, por parte de las autoridades de salud y la incorporación de su fortalecimiento en procesos de desarrollo institucional; así como el financiamiento a proyectos de prevención por parte del gobierno federal, a través del CENSIDA, operados por OSC, desde el 2006 a la fecha.

En el área de monitoreo y evaluación, se han realizado enormes esfuerzos para mejorar los sistemas de registro epidemiológico, también se han ejecutado un importante número de estudios que abarcaron gran cantidad de puntos geográficos en el territorio nacional y un relevante número de poblaciones clave, sin descuidar la vigilancia centinela que se nutre con las personas que acuden voluntariamente a realizarse la prueba de VIH. El análisis de la información obtenida recientemente y su comparación con la del pasado han permitido el hallazgo de los nuevos rastros que ha dejado la epidemia mexicana a su paso.

A continuación se mencionan algunas acciones relevantes que se realizaron en el país durante 2010 y 2011 para responder al VIH:

### Prevención

Para el CENSIDA resulta una prioridad el fortalecimiento del componente preventivo en la respuesta a la epidemia. Entre los principales mecanismos para lograr ese objetivo se encuentran: promover la prevención focalizada, reducir la incidencia los grupos en mayor riesgo y vulnerabilidad; y promover cambios de comportamiento en las poblaciones más expuestas.

Con base en lo anterior, el CENSIDA continuó durante el 2011, la participación de las OSC y de instancias académicas en la implementación de proyectos de prevención focalizada en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad. Por tal razón, se financiaron 98 proyectos que se aplicaron en ciudades de 19 estados de la República, con un monto total de \$40,814,199.47 M.N. Las entidades federativas también compraron con recursos estatales insumos preventivos. En adición, el proyecto financiado en Ronda 9 a México por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, comenzó en 2011 a incrementar los condones masculinos, lubricantes y kits preventivos para la reducción de daños que se distribuyen en HSH, HTS; así como en UDI y PVV (y sus parejas), a través de las estrategias preventivas consideradas en este proyecto.

En el 2010 se desarrolló la propuesta preliminar del Plan de Acción para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la sífilis congénita (PTV), por lo que durante el 2011 se presentó esta propuesta en el seno del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Durante este año, se trabajó en la estandarización de procedimientos entre las diversas instituciones del sector público en salud que atienden personas con VIH y mujeres embarazadas, a fin de que asignen recursos asociados al indicador presupuestario para garantizar la continuidad del PTV, fortalecer y desarrollar la infraestructura de laboratorio requerida en todas instituciones para garantizar la detección y la confirmación tanto de sífilis como de VIH que permita cubrir al 100% de las mujeres embarazadas del país, coordinar acciones intersectoriales tanto de capacitación para personal de salud, como educativo para la población femenina para garantizar la calidad de la atención y el acceso al PTV; así como la protección de los derechos de las mujeres, garantizar la atención integral durante la etapa prenatal, el parto y el periodo posterior al mismo, incluyendo

los medicamentos y la salud reproductiva de todas las mujeres embarazadas detectadas con VIH y/o sífilis y sus parejas.

Se continuó trabajando en un sistema informático en tiempo real, para mejorar el registro de todas las mujeres embarazadas viviendo con VIH, que permita conocer el comportamiento epidemiológico en todo el país. Además, el CENSIDA asignó presupuesto para una campaña de comunicación social para la prevención de la transmisión perinatal del VIH: “Futura mamá, hazte la prueba del VIH/SIDA”, que se transmitió en medios masivos de comunicación.

El CENSIDA continuó promoviendo acciones para cumplir con los compromisos de salud de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”, intensificando el trabajo con las entidades federativas para que se institucionalicen acciones para alcanzar el cumplimiento de esta declaración. Dentro de las acciones realizadas, en 2011, se lanzó por primera vez la Convocatoria: Categoría 8 “Prevenir con Educación”, mediante la que se financiaron 23 proyectos de OSC, dentro del financiamiento que el CENSIDA otorga a las OSC.

Desde 2010 se constituyó el Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GAIA), cuyo objetivo es unificar y fortalecer los distintos componentes de salud dirigidos a la población adolescente dentro de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, a la vez de mejorar la coordinación federal y estatal en materia de atención integral a la salud de esta población. Una de las principales actividades del GAIA en 2011, fue su colaboración en la planeación y ejecución del plan de trabajo de la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia, cuyo objetivo fue promover estilos saludables entre la población adolescentes (10 a 19) años de edad) a través de la oferta de servicios, información y orientación. Esta semana alcanzó a diez millones de adolescentes a nivel nacional.

### Atención Integral

Dos factores han sido determinantes en la organización y calidad de la atención a las personas con VIH/SIDA: 1) el acceso universal a tratamiento antirretroviral y 2) el estigma simbólico e instrumental que prevalece entre los proveedores de salud a pesar de los avances científicos.

Actualmente, los CAPASITS continúan operando como unidades operativas de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA e ITS en el país. Para diciembre de 2011 se contaba con 70 CAPASITS operando en las entidades federativas, de los cuales 46, estaban acreditados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Como parte de la tercera actualización de la Edición 2010 del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos, se logró incluir en el Cuadro Básico y catálogo de medicamentos la tableta con Efavirenz, Emtricitabina y Fumarato de disoproxilo de tenofovir, mejor conocida como ATRIPLA.

Desde mediados de 2010, el CENSIDA ha trabajado para desarrollar una Estrategia Nacional de Adherencia (ENA), para fortalecer capacidades y destrezas en los equipos multidisciplinares que trabajan en los CAPASITS y SAI, que atienden a las PVV y aumentar el apego al tratamiento en las PVV que acuden a estos servicios para mejorar su tiempo y calidad de vida, lo que impactará en la disminución de la mortalidad.

En este sentido, el CENSIDA organizó un taller para capacitadores sobre “Consejería para la Adherencia a los Antirretrovirales” que se llevó a cabo en la Ciudad de México, en abril del 2011 en el que se capacitaron 15 personas de igual número de estados. Su objetivo fue sensibilizar y actualizar al personal de salud sobre las ventajas para el paciente de un apego adecuado: mayor conocimiento sobre su evolución y la utilidad de los medicamentos que toma, incremento en el tiempo de eficacia del tratamiento y consecuentemente la sobrevida, integración del tratamiento dentro de su vida cotidiana, motivación para no suspender el tratamiento; y por ende, mejora su estado anímico, autoestima y calidad de vida.

Asimismo, se analizaron las ventajas que para la institución representa la mejora en el apego al tratamiento como son: optimización de la inversión en tratamiento, disminución de los costos por hospitalización, incapacidades y jubilación temprana; así como disminución de fallas terapéuticas derivadas de posibles resistencias al tratamiento, etc.

Como parte del proceso, los participantes del taller se encontrarán realizando durante el resto de 2011 y parte del 2012 la replicación de este taller con los equipos de salud de los SAIS y CAPASITS de su entidad federativa, para después expandir la replicación en los estados aledaños: la meta es cubrir en el 2012 a todos los equipos de Salud de SAIS y CAPASITS.

En seguimiento al compromiso realizado por parte de CENSIDA en el XII Congreso Nacional de VIH/SIDA y otras ITS; y reconociendo con ello las propuestas que activistas y organizaciones de la sociedad civil se constituyó el “Grupo de seguimiento a la política pública de abasto de medicamentos antirretrovirales de la Secretaría de Salud”, para analizar y documentar la situación actual del abasto de medicamentos ARV en los servicios de atención de la Secretaría de Salud, así como proponer recomendaciones para la mejora del abasto de dichos medicamentos. En este grupo participa Organizaciones de la Sociedad Civil, organismos internacionales como observadores del proceso, y directivos del CENSIDA.

#### Monitoreo y Evaluación

Dada la necesidad de conocer y analizar la dinámica de nuestra epidemia; y fortalecer nuestro sistema de información con datos actualizados, el CENSIDA colaboró en el diseño de las preguntas de la sección sobre VIH, ITS y salud sexual de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011/2012 (ENSANUT 2011/2012) que se incluyeron en los cuestionarios que se aplicaran a personas de todo el país mediante la citada encuesta, mismas que están enfocadas en comportamientos y factores de riesgo. El CENSIDA también contribuyó con

recursos para poder contar con información sobre prevalencia en población general de VIH y otras ITS en el marco de esta encuesta nacional.

### Acciones de México dentro de la respuesta mundial y regional al VIH/SIDA

México se ha destacado por su liderazgo internacional en materia de VIH/SIDA. En los últimos dos años, podemos mencionar los siguientes acontecimientos que han ratificado el liderazgo de México en la materia y su alto compromiso en la respuesta al VIH:

- Participación dentro de la Reunión de Alto Nivel sobre SIDA que se llevó a cabo en Nueva York del 8 al 10 de junio del 2011 en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que la participación de la delegación mexicana fue clave para que en la “Declaración Política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA”, se mencionara y reconociera de forma explícita a los hombres que tienen sexo con hombres, las personas que se dedican al trabajo sexual y las personas que usan drogas inyectables; así como se enfatizó en la necesidad de focalizar y priorizar esfuerzos dirigidos a estos grupos de personas en mayor riesgo.
- Colaboración del Secretario de Salud de México (el cual fue el único Ministro de Salud del mundo dentro de este grupo y el único representante de América Latina en participar) en el Grupo Asesor Internacional en Acceso Universal con el propósito de orientar la visión global de los resultados nacionales y regionales de avances en acceso universal; así como revisar y examinar los progresos desde el 2006, como parte de la preparación a la Reunión de Alto Nivel sobre SIDA 2011 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.
- México fue sede de la “Consulta Regional y Reunión de Alto Nivel sobre de Acceso Universal a la prevención, atención, tratamiento, apoyo y cuidado en VIH/SIDA: América Latina Unida” que se desarrolló los días 1 y 2 de marzo en la Ciudad de México, cuyo objetivo fue analizar con perspectiva regional sobre los avances y los retos a fin de alcanzar las metas de acceso universal establecidas para 2015
- México formó parte de la Junta Directiva de esta institución en calidad de representante de América Latina y el Caribe desde el 2010, fungiendo como representante titular en el 2010 y como representante alterno en el 2011. el Dr. José Antonio Izazola Licea, Director General del CENSIDA, acudió a la 24° Reunión de la Junta Directiva que tuvo lugar en Ginebra, Suiza en el mes de septiembre; así como a la 25° Reunión de la misma instancia, que se llevó a cabo en Accra, Ghana, el 21 y el 22 de noviembre. De manera paralela y en apoyo a los técnicos de la Junta Directiva del GFATM, el Dr. Izazola al igual que el año pasado, durante 2011 formó parte del Comité de Políticas y Estrategias del GFATM, mientras que el Mtro. Héctor Succilla Pérez, Director de Investigación Operativa del CENSIDA, fue elegido para representar a nuestra región en el Comité de Ética durante el 2011.
- México asumió en julio del 2011 la Presidencia del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) de programas de VIH/SIDA de América Latina y el Caribe, por un periodo de un año.

### III. REPORTE DE INDICADORES DE AVANCES EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA

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

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

La epidemia del VIH se transmite principalmente a través de la transmisión sexual de la infección a las generaciones más jóvenes. El conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH constituye un requisito esencial, más no suficiente, para adoptar comportamientos que reduzcan el riesgo de adquirir el VIH.

##### *Análisis del indicador*

La información para construir este indicador no se encuentra disponible actualmente en el país; en virtud de que generalmente no se incluyen datos sobre conocimiento en las encuestas de comportamiento, específicamente, aquellas preguntas que requieren identificar correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazar las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus, según los parámetros de este indicador.<sup>6</sup>

##### *Aportaciones de las OSC*

PSI-México nos compartió los resultados de un estudio cuyo objetivo fue levantar información la línea de base sobre debut sexual, uso de condón y de anticonceptivos modernos y factores asociados en jóvenes de 15-24 años, en Chetumal, Quintana Roo.<sup>7</sup> El indicador se construyó con los siguientes reactivos: a) El VIH/SIDA se transmite por tener relaciones sexuales sin condón; b) Los condones no sirven para prevenir el VIH; c) Los condones no tienen agujeros que permiten que el VIH pase a través de ellos y d) Usar dos condones no es mejor que usar uno. Los resultados se muestran en la siguiente tabla, en la que se puede observar que seis de cada diez jóvenes tiene conocimiento sobre el condón como medida de prevención del VIH, siendo ligeramente menor en mujeres que en hombres.

<sup>6</sup> Este indicador se elabora a partir de las siguientes respuestas: 1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja no infectada y que no tiene otras parejas? 2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales? 3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? 4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? 5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?

<sup>7</sup> Para lo cual se aplicaron 1,295 cuestionarios en entrevista cara a cara. Muestro fue aleatorio, estratificado y polietápico de hogares, teniendo en cuenta el volumen de población entre 15 y 24 años reportado por el II Censo Nacional de Población y Vivienda (2005). El 60% de la muestra fue aplicada a jóvenes entre 15-19 y el 40% restante al siguiente quinquenio de edad. Todos los encuestados firmaron un consentimiento informado previo a la aplicación de la encuesta. Para los menores de edad el consentimiento informado fue firmado también por sus padres. Estudio aprobado por el comité de ética de PSI.

**Cuadro 3**  
**Conocimiento sobre condón como medida de prevención del VIH**

Jóvenes: Conocimiento sobre la prevención del VIH.		Total: Hombres y Mujeres	Hombres (todas las edades)	Hombres 15- 19	Hombres 20- 24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24
<b>Numerador:</b>	Número de entrevistados de 15 a 24 años que respondió correctamente a las cinco preguntas	650	309	195	114	341	207	134
<b>Denominador:</b>	Número total de entrevistados de 15 a 24 años	1,130	513	322	190	617	374	243
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de jóvenes (mujeres y hombres) con una edad comprendida entre los 15 y los 24 años que tienen conocimiento sobre condón como medida de prevención del VIH	57.5%	60.2%	60.6%	60.0%	55.3%	55.3%	55.1%

Fuente: Estudio TRaC: Evaluación de comportamientos de salud sexual y reproductiva de jóvenes de 15-24 años de Chetumal – Segunda Ronda. México (2011) Realizado por Angélica Ospina y Juan Carlos Mendoza – PSI/México. Financiado por Summit Foundation.

Por su parte, en las reuniones de discusión de los indicadores, las organizaciones de la sociedad civil plantearon la necesidad de definir mecanismos para recabar la información y datos necesarios para la construcción del indicador 1.1, puesto que en su experiencia de trabajo con jóvenes han identificado problemáticas relacionadas con la falta de información y conocimiento de éstos respecto a las formas de prevención de la transmisión sexual además de que persisten mitos y estereotipos asociados a la enfermedad. Fundación Casa Alianza México IAP<sup>8</sup> planteó que del trabajo multidisciplinario que realiza la organización con jóvenes, han identificado que el 55% de la población entre 15 a 18 años posee conocimientos sobre prevención del VIH, mientras que Irapuato Vive A.C. comentó la necesidad de intensificar las acciones focalizadas a efecto de incrementar el porcentaje de jóvenes que identifica correctamente las formas de prevención de VIH.

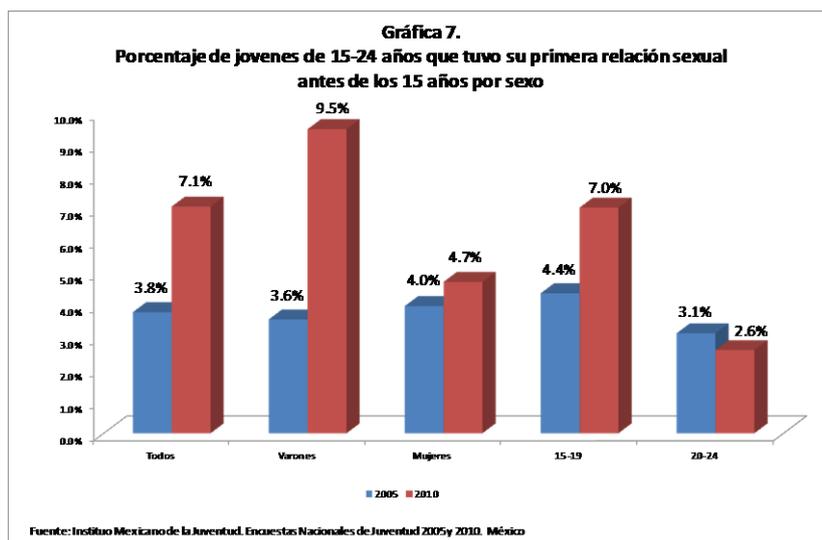
## **1.2 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años**

Un objetivo muy importante de muchos países es retrasar la edad de la primera relación sexual y desalentar la actividad sexual prematrimonial, para reducir el riesgo de exposición al VIH. Existen evidencias de que posponer la primera relación sexual reduce el riesgo de infección por acto sexual, al menos en las mujeres.

### *Análisis del indicador*

Según la Encuesta Nacional de Juventud 2010, 7.1% de los jóvenes (15-24 años) tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años; en comparación con los datos 2005 de la misma encuesta, que revelaron un porcentaje de 3.5%. Sin embargo, es necesario clarificar si esta diferencia se debe a un incremento real del indicador; o a posibles diferencias metodológicas para determinar el porcentaje en cada una de las encuestas.

<sup>8</sup> La fuente de los comentarios, observaciones y datos es: Psic. Adriana Hernández Méndez, líder de Programa Luna y T.S. Rafael Cheverría, Trabajador Social de Fundación Casa Alianza México IAP. La organización señala que cada comentario posee la fuente de Trabajo multidisciplinario que realiza la fundación que con base en un sistema de información que realiza cada área, mensual y anualmente pueden brindar números, porcentajes y/o promedios.



### *Aportaciones de las OSC*

Fundación Casa Alianza México IAP señaló que al explorar en una entrevista inicial sobre sexualidad realizada a los jóvenes que atienden, éstos refieren experiencias de violación sexual no visualizadas como relaciones sexuales, dado que no fueron consensuadas. Según datos de esta organización, 60% de la población entrevistada antes de los 15 años por abuso sexual, 15% con novios (as) o bien no ha iniciado vida sexual. Irapuato Vive A.C. indicó la necesidad de conocer este indicador puesto que hay una enorme necesidad de promover y difundir comportamientos sexuales saludables que incidan en retardar la edad para mantenerlas o al menos que tengan opciones de prevención.

### **1.3 Relaciones sexuales con múltiples parejas**

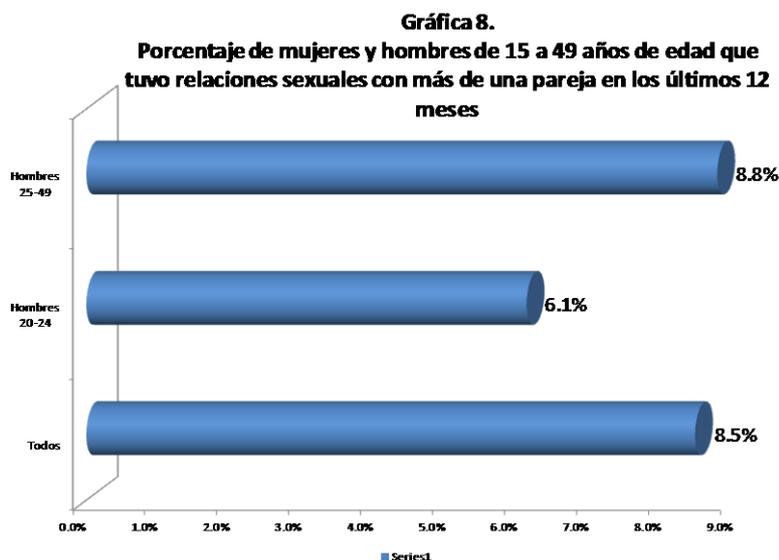
La propagación del VIH depende en gran medida de las relaciones sexuales no protegidas entre personas que tienen más de una pareja sexual. A medida que aumenta el número de parejas se incrementa el riesgo de transmisión del VIH.

#### *Análisis del indicador*

El único dato que el país tiene disponible, proviene de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, la cual se aplicó en hombres y señaló que, 8.5% de los varones de 20 a 49 años tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en el último año.

Los porcentajes por grupo de edad son similares (6.1% en el grupo de 20-24 años y 8.8% en el grupo de 25-49 años).

No se cuenta con alguna otra fuente de información que permita estimar el mismo dato en mujeres, ni en hombres de 15 a 19 años, por lo cual no es posible calcular el indicador para la población general.



Fuente: El Colegio de México/Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2008. México.

### *Aportaciones de las OSC*

Fundación Casa Alianza México IAP comentó que en su trabajo multidisciplinario han observado que las niñas, niños y adolescentes en un porcentaje del 15% han sido explotados sexualmente, en un rango de edad de 12-18 años, siendo el victimario algún familiar o alguien muy cercano a él como el vecino, por ejemplo. Han observado también que para algunos jóvenes, el tener relaciones sexuales con múltiples parejas se ha convertido en un estilo de vida para sobrevivir. La organización no proporcionó información sobre el origen de ese dato ni sobre la metodología para su cálculo.

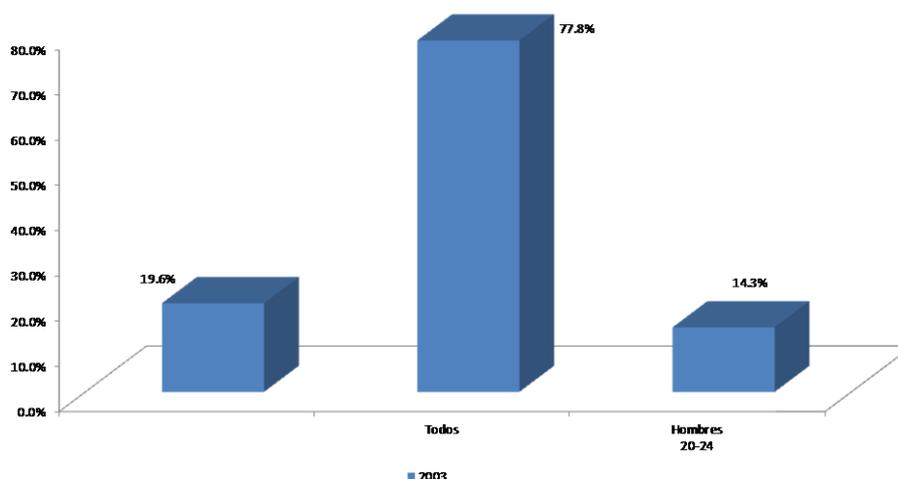
### **1.4 Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual**

El uso del preservativo es la medida más importante de protección contra el VIH, entre personas con múltiples parejas sexuales.

#### *Análisis del indicador*

De la misma encuesta que el indicador anterior, se observó que, en el 2003, dos de cada 10 varones de 20 a 49 años de edad que tuvieron más de una pareja sexual en el último año, declararon haber usado un preservativo durante la última relación sexual. No se tienen referentes anteriores, ni posteriores a nivel nacional, para poder establecer un comparativo; sin embargo, es importante destacar el bajo porcentaje de uso de condón entre quienes tuvieron más de una pareja sexual.

**Gráfica 9.**  
**Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual**



Fuente: El Colegio de México/Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. México.

### *Aportaciones de las OSC*

No realizaron comentarios

## **1.5 Las pruebas del VIH en la población general**

Es importante que las personas conozcan su estado serológico con respecto al VIH tanto para protegerse a sí mismas como para evitar infectar a los demás. Asimismo, el conocimiento del propio estado serológico es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento y brinda la posibilidad de que éste sea oportuno entre más temprana sea la detección.

### *Análisis del indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país.

### *Aportaciones de las OSC*

Por parte de las organizaciones de la sociedad civil se plantea la necesidad de generar información para reportar este indicador. Fundación Casa Alianza México IAP señaló que con base en estadísticas de la organización 75% de la población que ésta atiende cuenta con prueba de VIH y se le brindó la notificación durante los últimos 12 meses. La organización no proporcionó información sobre el origen de ese dato, ni sobre la metodología para su cálculo.

## **1.6 La prevalencia del VIH entre los jóvenes**

La prevalencia del VIH, en cualquier edad determinada, es la diferencia del número acumulado de personas que se han infectado por el VIH hasta esa edad, menos el número de las que han fallecido. A edades más avanzadas, los cambios en la prevalencia del VIH reflejan con lentitud los cambios en la tasa de

nuevas infecciones (incidencia del VIH), porque la duración media de la infección es prolongada.

Los descensos en la prevalencia del VIH pueden reflejar la saturación de la infección en los individuos más vulnerables y la mortalidad creciente, más que los cambios en la tendencia de la epidemia.

En los jóvenes, el comportamiento en la prevalencia del VIH es un mejor indicador de las tendencias recientes de la incidencia del VIH y del comportamiento de riesgo. Por lo tanto, la disminución de la incidencia del VIH relacionada con un cambio de comportamiento real debe ser detectable fundamentalmente en las cifras de prevalencia del VIH en el grupo de edad de 15 a 24 años (o incluso de 15 a 19 años, si es posible realizar este desglose). Cuando estén disponibles, los datos paralelos de la encuesta de vigilancia del comportamiento deben utilizarse para facilitar la interpretación de las tendencias de la prevalencia del VIH.

#### *Análisis del indicador*

Este indicador no es aplicable a la epidemia del país, pues se recomienda para el tipo generalizada.

### **1.7 Los profesionales del sexo: programas de prevención**

A menudo es difícil llegar a los profesionales del sexo con programas de prevención del VIH. Sin embargo, para prevenir su propagación en este grupo y en la población general es importante que se disponga de acceso a estos servicios.

#### *Análisis del indicador*

Para el cálculo de los indicadores ligados al acceso a servicios de prevención en poblaciones clave, se utilizó un sistema de monitoreo continuo de poblaciones vulnerables del CENSIDA<sup>9</sup>, el cual es realizado por los Programas Estatales de VIH/SIDA e ITS de la Secretaría de Salud y concentrado en una base de datos por el CENSIDA. Este sistema se basa en la aplicación de cédulas de información, a la población que se realiza una prueba rápida de detección del VIH y se dirige principalmente a poblaciones clave.<sup>10</sup>

El porcentaje de TS a los que llegan los programas de prevención del VIH fue 59.7%, el cual presenta diferencias significativas por sexo, siendo casi el doble el acceso de mujeres respecto de los hombres (63.0% y 33.6%, respectivamente),

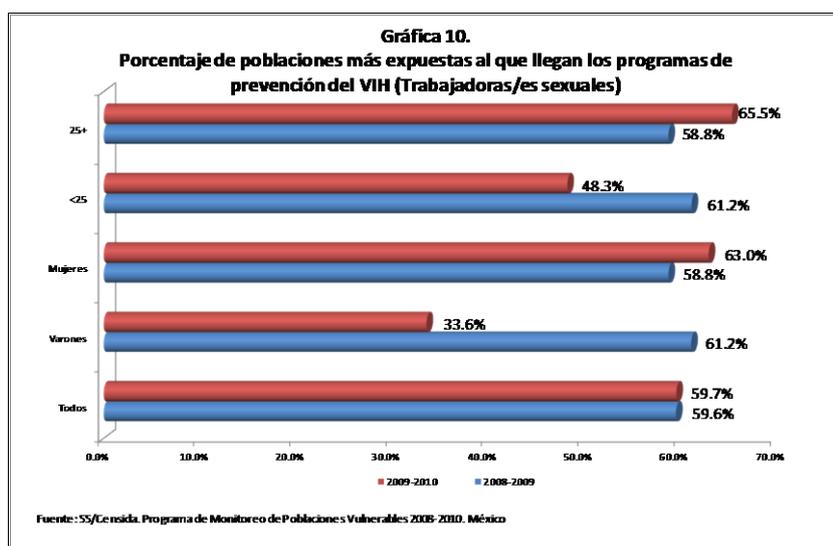
<sup>9</sup> SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2009-2011.

<sup>10</sup> El sistema denominado Monitoreo de Poblaciones Vulnerables, concentra información de un cuestionario aplicado por los Programas Estatales de VIH/SIDA e ITS de la Secretaría de Salud, de manera continua, a las poblaciones más expuestas. El cuestionario se aplica a estas poblaciones al momento de recibir un servicio (aplicación de la prueba rápida de detección del VIH). Los lugares de toma de muestra y aplicación del cuestionario, pueden ser centros de salud, "picaderos", zonas roja, bares o centros nocturno y servicios de organizaciones no gubernamentales. Para el cálculo de estos indicadores (1.7 y 1.11), se excluyeron los centros de salud y los servicios de organizaciones no gubernamentales, debido que se asume que la población que acudió a estos lugares sabía donde recibir atención y/o hacerse la prueba de detección del VIH.

y mayor en TS de 25 años o más que en menores de 25 años (65.5% y 48.3%, respectivamente).

El informe anterior (2010), reportó una cifra igual (59.6%), sin embargo, las diferencias observadas en el informe actual por sexo y grandes grupos de edad, no se presentaban.

Para la valoración de avances o retrocesos, es necesario tomar en cuenta que el sistema utilizado en los informes 2010 y 2012 es el mismo y cuenta con información de todas las entidades federativas del país, por lo que pueden considerarse comparables.



### *Aportaciones de las OSC*

Las organizaciones manifestaron su preocupación por el dato que reporta este indicador, particularmente Irapuato Vive A.C. comentó que considerando el tipo de actividad de alto riesgo en el que se encuentran las y los trabajadores del sexo comercial, se deben impulsar acciones que nos permitan elevar los índices de las personas de este sector que tienen acceso a los programas de prevención.

### **1.8 Los profesionales del sexo: uso del preservativo**

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

#### *Análisis del indicador*

Para el reporte de este indicador se utilizaron dos fuentes diferentes; para los hombres trabajadores sexuales (HTS), se utilizó una encuesta transversal a hombres que tienen sexo con hombres, incluyendo HTS, en lugares de

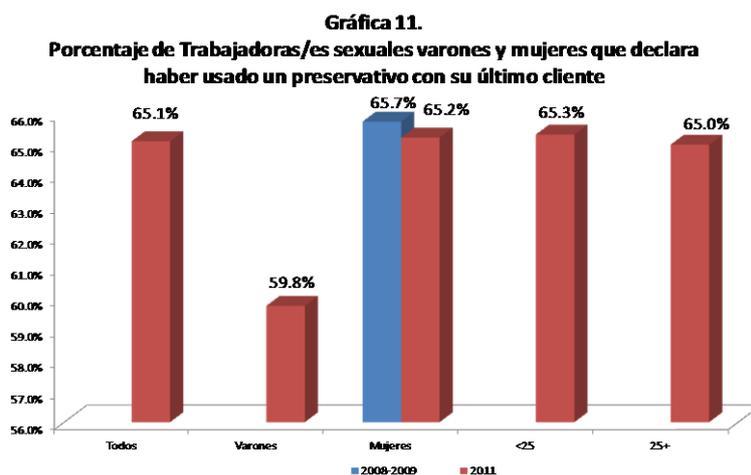
encuentro, la cual constituye la base del Proyecto de Fondo Mundial Ronda 9, que actualmente se desarrolla en México. Para las mujeres trabajadoras sexuales (MTS), se utilizó el sistema de monitoreo en poblaciones vulnerables del CENSIDA.

El uso de preservativo fue ligeramente superior en mujeres (65.2%), que en hombres (59.8%). En mujeres no se presentaron diferencias por grupos de edad (65.2% en menores de 25 años y 65.4% en personas de 25 años o más), mientras que en varones, el uso es mayor en menores de 25 años (63.9%), que en la población de 25 años o más (55.4%).

Los datos reportados en el informe se refieren a prevalencias crudas de uso de condón. Sin embargo, también se realizó el cálculo de porcentajes ajustados: 60.60% [IC del 95%: 55.41%-65.79%] para el total de HTS; por edades del 63.02% [IC del 95%: 55.73%- 70.32%] y 58.07% [IC del 95%: 49.71%-66.43%] para los <25 y de 25+, respectivamente.

En el informe 2010, se utilizó como fuente de información el sistema de monitoreo en poblaciones vulnerables, por lo que su comparación en el caso de HTS no procede; y para el caso de MTS el comportamiento observado es muy similar al anterior (65.7%).

Para la valoración de avances o retrocesos, sólo podemos considerar el caso de las mujeres, que mantienen los mismos niveles de uso de preservativo que el informe anterior.



1. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M., Conde C. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de HSH. Enero 2012.  
2. SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Base de datos. Datos 2009-2010.

### Aportaciones de las OSC

Las organizaciones de la sociedad civil expresaron como deseable que el indicador alcance el 100% por tratarse de una actividad comercial, plantearon también que se deben mantener las acciones focalizadas en este grupo si se considera que es puente de transmisión a otras poblaciones.

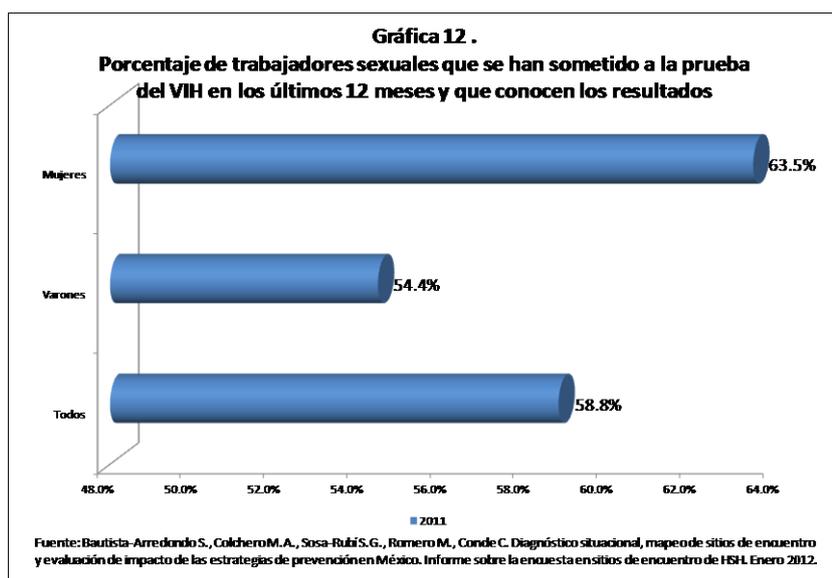
## 1.9 Las pruebas del VIH en los profesionales del sexo

Es importante que las personas conozcan su estado serológico con respecto al VIH, tanto para protegerse a sí mismas como para evitar infectar a los demás. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento y brinda la posibilidad de que éste sea oportuno entre más temprana sea la detección.

### *Análisis del indicador*

Este indicador sólo está disponible para hombres trabajadores sexuales y proviene de la línea base del proyecto de Fondo Mundial Ronda 9. El dato refiere que 58.8% se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen los resultados. Existen diferencias por grandes grupos de edad, siendo más alto este porcentaje en la población de 25 años o más (63.5%), que en menores de 25 años (54.4%).

Es necesario comentar que los datos reportados en el informe son porcentajes crudos. También, se realizó el cálculo de porcentajes ajustados: 59.32% [IC del 95%: 54.38%-64.28%] para el total de HTS; por edades del 53.68% [IC del 95%: 47.42%-59.95%] y 65.26% [IC del 95%: 58.05%-72.47% para los <25 y de 25+, respectivamente.



### *Aportaciones de las OSC*

No realizaron comentarios

## 1.10 La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo

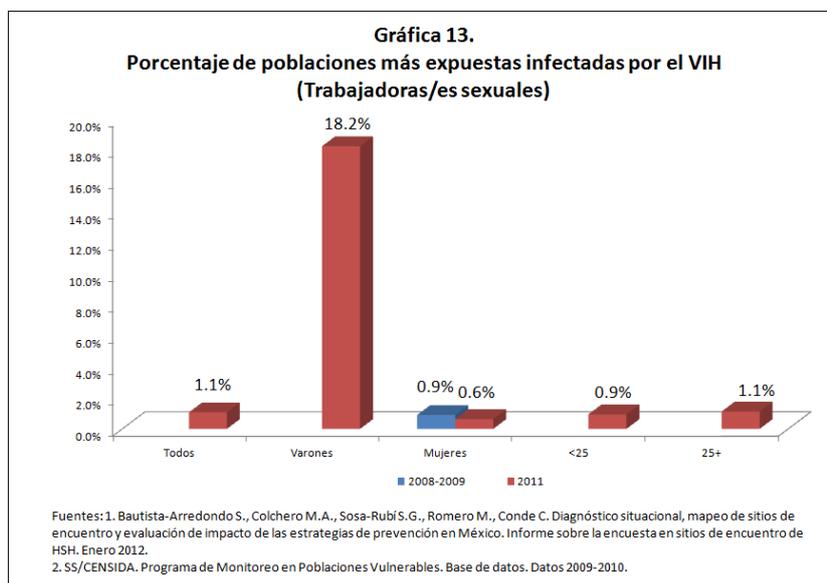
Los profesionales del sexo suelen tener mayor prevalencia del VIH que la población general, tanto en epidemias concentradas como generalizadas.

### Análisis del indicador

Para este indicador, se utilizaron dos diferentes fuentes de información, una para hombres y otra para mujeres: para los hombres trabajadores sexuales (HTS), se utilizó una encuesta transversal a hombres que tienen sexo con hombres, incluyendo HTS, en lugares de encuentro, que constituye el estudio de línea basal del proyecto de Fondo Mundial Ronda 9. Para las mujeres trabajadoras sexuales (MTS), se utilizó el sistema de monitoreo en poblaciones vulnerables del CENSIDA.

La prevalencia del VIH en HTS fue de 18.2% y la de MTS fue de 0.6%. En el informe 2010, se utilizó como fuente de información el sistema de monitoreo en poblaciones vulnerables, por lo que su comparación en el caso de HTS no procede; y para el caso de MTS el comportamiento observado es ligeramente superior al actual (0.9%).

En el presente informe se reportaron prevalencias crudas. Sin embargo, también, se realizó el cálculo de las prevalencias ajustadas: 16.6% [IC del 95%: 12.18%-21.02%] para el total de HTS; por edades del 12.67% [IC del 95%: 7.39%-17.97%] y 20.93% [IC del 95%: 13.96%-27.91%] para los <25 y de 25+, respectivamente.



### Aportaciones de las OSC

Las organizaciones manifestaron su preocupación por el dato que reporta este indicador, particularmente Irapuato Vive A.C. indicó que el dato muestra una concentración de población expuesta en varones, por lo que se requiere un mayor conocimiento de este sector para mejorar las intervenciones considerando que un sector importante de hombres “heterosexuales” busca estos servicios.

### 1.11 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: programas de prevención

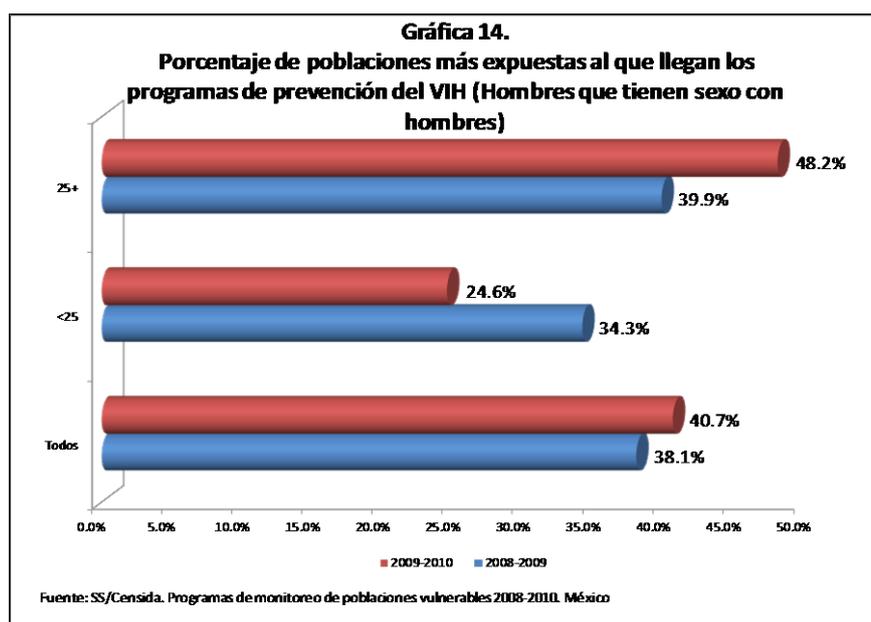
A menudo es difícil llegar a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) con programas de prevención del VIH. Sin embargo, para prevenir la propagación del VIH en esta población y en la población en general, es importante que dispongan de acceso a estos servicios.

#### Análisis del indicador

Para el cálculo de este indicador, se utilizó un sistema de monitoreo continuo de poblaciones vulnerables del CENSIDA<sup>11</sup>, el cual es realizado por los Programas Estatales de VIH/SIDA e ITS de la Secretaría de Salud y concentrado en una base de datos por el CENSIDA. Este sistema se basa en la aplicación de cédulas de información, a la población que se realiza una prueba rápida de detección del VIH y se dirige principalmente a poblaciones clave.<sup>12</sup>

El porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH fue de 40.7%, siendo más alto en hombres de 25 años o más (48.2%) que en menores de 25 años (24.6%).

En comparación con el reporte 2010, el valor era ligeramente inferior (38.1%), pero no significativo, y las diferencias por edad eran menores (34.3% en menores de 25 años y 39.9% en 25 años o más).



<sup>11</sup> SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2009-2011.

<sup>12</sup> El sistema denominado Monitoreo de Poblaciones Vulnerables, concentra información de un cuestionario aplicado por los Programas Estatales de VIH/SIDA e ITS de la Secretaría de Salud, de manera continua, a las poblaciones más expuestas. El cuestionario se aplica a estas poblaciones al momento de recibir un servicio (aplicación de la prueba rápida de detección del VIH). Los lugares de toma de muestra y aplicación del cuestionario, pueden ser centros de salud, "picaderos", zonas roja, bares o centros nocturno y servicios de organizaciones no gubernamentales. Para el cálculo de estos indicadores (1.7 y 1.11), se excluyeron los centros de salud y los servicios de organizaciones no gubernamentales, debido que se asume que la población que acudió a estos lugares sabía donde recibir atención y/o hacerse la prueba de detección del VIH.

### *Aportaciones de las OSC*

Las organizaciones consideraron que los porcentajes indican la necesidad de intensificar las acciones focalizadas a efecto de incrementar coberturas, sabiendo que este sector representa una amplia proporción de las personas viviendo con VIH (PVV). También, manifiestan que el dato que se está reportando lo consideran muy elevado (40.7% de HSH que tienen acceso a programas de prevención), por lo que lo consideran poco creíble. Se aclara que es una encuesta desarrollada en sitios de reunión de HSH y que quizá ello influya en el nivel alcanzado.

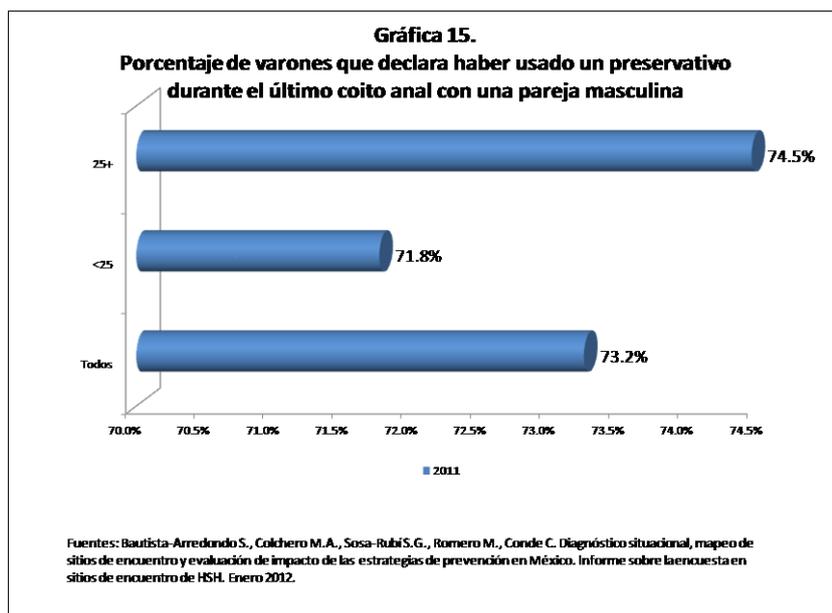
### **1.12 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: uso del preservativo**

Los preservativos pueden reducir significativamente el riesgo de transmisión sexual del VIH, por lo que su uso sistemático y correcto es esencial para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, por el alto riesgo de transmisión del VIH durante el coito anal no protegido. Además, es posible que los hombres que tienen relaciones sexuales anales con otros hombres también tengan parejas del sexo femenino, que igualmente podrían infectarse. El uso del preservativo con la pareja masculina más reciente se considera un indicador fiable del comportamiento a largo plazo.

#### *Análisis del indicador*

Para este indicador, se utilizó una encuesta transversal a hombres que tienen sexo con hombres, incluyendo HTS, en lugares de encuentro, que constituye el estudio de línea basal del proyecto de Fondo Mundial Ronda 9. El dato refiere que 73.2% de los HSH declararon haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina. La comparación con el informe 2010, no es posible en virtud de que la fuente de información utilizada anteriormente no es comparable con la actual, la cual tiene representación nacional.

Las cifras reportadas se refieren a prevalencias crudas de uso de condón. Sin embargo, también, se realizó el cálculo de porcentajes ajustados: 73.01% [IC del 95%: 71.57%-74.47%] para el total de HSH; por edades del 71.19% [IC del 95%: 69.30%-73.09%] y 74.45% [IC del 95%: 72.90%-76.01%] para los <25 y de 25+, respectivamente.



### *Aportaciones de las OSC*

Las organizaciones reconocieron los logros de las intervenciones que actualmente se llevan a cabo en el país, ya que un gran número de ellas, están focalizadas a HSH.

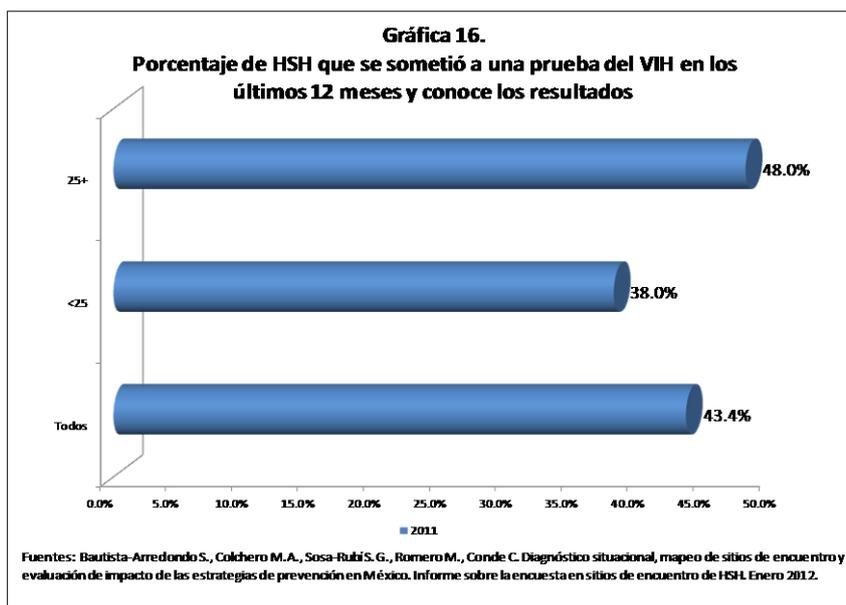
### **1.13 Las pruebas del VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres**

Es importante que los HSH conozcan su estado serológico con respecto al VIH tanto para protegerse a sí mismos como para evitar infectar a los demás. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en la decisión de buscar tratamiento y brinda la posibilidad de que éste sea oportuno entre más temprana sea la detección.

#### *Análisis del indicador*

La fuente de datos de este indicador es la encuesta transversal a hombres que tienen sexo con hombres, incluyendo HTS, en lugares de encuentro, que constituye el estudio de línea basal del proyecto de Fondo Mundial Ronda 9. Este dato reporta que 43.4% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometieron a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados. La comparación con el informe 2010, no es posible en virtud de que la fuente de información utilizada anteriormente no es comparable con la actual, la cual como se ha mencionado tiene representación nacional.

Sin embargo, también se realizó el cálculo de porcentajes ajustados: 44.06% [IC del 95%: 42.34%-45.79%] para el total de HSH; por edades del 38.73% [IC del 95%: 36.83%-40.63%] y 48.28% [IC del 95%: 45.84%-50.73%] para los <25 y de 25+, respectivamente.



### *Aportaciones de las OSC*

La organización Irapuato Vive A.C. señaló la necesidad de incrementar el número de HSH que aceptan la prueba y conocen su resultado, pues considera grave que aún no llegamos al 50%. Por su parte, la organización BALANCE, planteó que el indicador reporta una información muy alta dados aspectos como recortes presupuestales y pocas acciones de consejería.

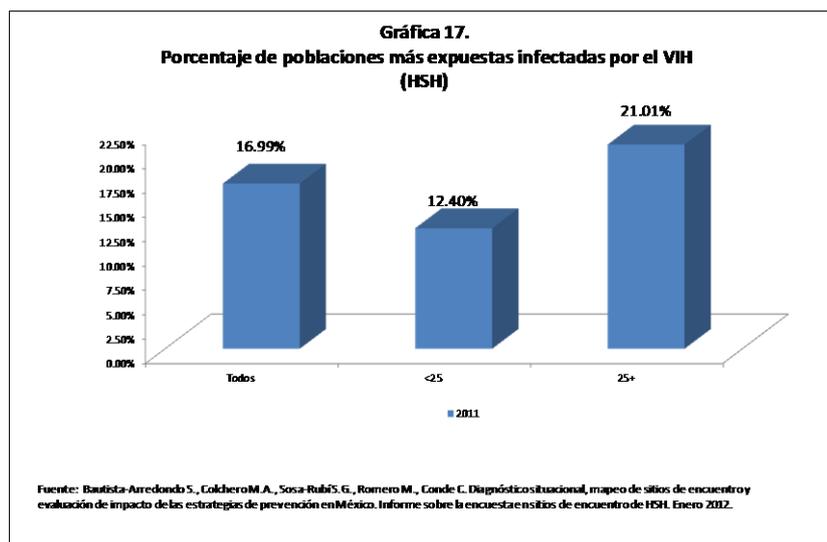
### **1.14 La prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres**

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres suelen tener la mayor prevalencia del VIH en los países con epidemias concentradas o generalizadas.

#### *Análisis del indicador*

Se utilizó una encuesta transversal a hombres que tienen sexo con hombres, incluyendo HTS, en lugares de encuentro, que constituye el estudio de línea basal del proyecto de Fondo Mundial Ronda 9, según el cual la prevalencia del VIH registrada en HSH fue de 17.0%. Existen diferencias significativas por edad, siendo menor en el grupo de edad más joven (12.4% en <25 años) y mayor en el grupo de 25 años o más (21.0%). No existe referente de comparación anterior, por lo expuesto anteriormente.

También, se realizó el cálculo de las prevalencias ajustadas por especificidad de la prueba: 17.16% [IC del 95%: 15.58%-18.76%] para el total de HSH; por edades del 12.69% [IC del 95%: [11.16%-14.23%] y 20.93% [IC del 95%:45.84%-50.73%] para los <25 y de 25+, respectivamente.



### *Aportaciones de las OSC*

La organización Irapuato Vive A.C. señaló que para disminuir la incidencia, es necesario intensificar la respuesta de prevención en este rango de edad (-25, 25+), porque considera a este sector como altamente productivo y en proceso de desarrollo.

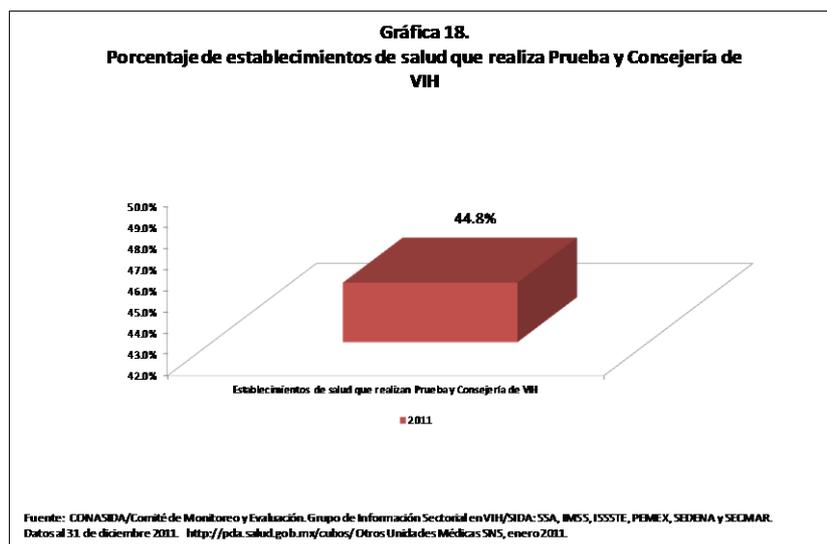
### **1.15 Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de prueba del VIH y consejería (UA 2011 #A1)**

Conocer el estado de VIH es fundamental para ampliar el acceso al tratamiento, la atención y el apoyo y la prevención de esta infección. Disponer de servicios de pruebas y consejería es un requisito previo para ampliar gradualmente su cobertura permitiendo que más personas conozcan su estado de VIH. Esta ampliación se puede lograr siguiendo un modelo de consejería y pruebas voluntarias y un modelo de pruebas y consejería iniciada por el proveedor de salud.

### *Análisis del indicador*

La fuente de información de este indicador son las instituciones del sector salud público (SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SECMAR) y el denominador corresponde a la base de datos de unidades Médicas SNS, que incluye establecimientos nacionales (sector público y privado). El dato del indicador reporta que 44.8% del total de establecimientos de salud que proporcionan servicios de prueba del VIH y consejería.

En el informe anterior de acceso universal (2011), se reportó 54.3%; sin embargo, la reducción en el porcentaje no refleja una menor cobertura de este servicio en establecimientos de salud, sino un mejor conteo de los mismos, específicamente en la Secretaría de Salud, que para el presente informe se depuró la base de datos contabilizando sólo aquellas unidades que reportaron haber realizado detecciones de VIH en el 2011.



### *Aportaciones de las OSC*

Las organizaciones manifestaron su preocupación respecto al tipo de preguntas que se hicieron para calcular este indicador porque en su experiencia plantean que, en el caso de las mujeres embarazadas por ejemplo, existen varios criterios para no hacer la prueba en los servicios de salud. Se pregunta cómo miden la disponibilidad de la consejería y si hay personas capacitadas. Irapuato Vive A.C. consideró que el 100% de los establecimientos de salud, deben ofrecer la Prueba y Consejería de VIH, para brindar a las poblaciones las opciones necesarias para recibir el servicio. Fundación Casa Alianza México IAP señaló que esta organización realiza trabajo de sensibilización y consejería y que brindan acompañamiento durante todo el proceso hasta la notificación.

### **1.16 Número de mujeres y hombres de 15 años o más que se realizaron la prueba del VIH y recibieron consejería en los últimos 12 meses y conocen el resultado (UA 2011#A2)**

Conocer el estado de VIH es fundamental para acceder al tratamiento, la atención, el apoyo y la prevención de esta infección. Existen diferentes modelos de prestación de servicios de pruebas y consejería, como el modelo de consejería y pruebas voluntarias y el modelo de prueba y consejería, iniciadas por el proveedor de salud. Sin embargo, la clave de las pruebas y la consejería es que las personas que se someten a las pruebas reciban consejería adecuada y conozcan los resultados.

#### *Análisis del indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país.

### *Aportaciones de las OSC*

Fundación Casa Alianza México IAP proporcionó el siguiente dato: 48 de las niñas, niños y adolescentes que la organización atiende, se realizaron durante 2011 la prueba rápida de VIH, aunado a ésta la de sífilis, hepatitis B y C; y ya

fueron notificados y conocen su resultado. La organización no proporcionó mayor información sobre el origen de ese dato ni sobre la metodología para su cálculo.

### **1.17 Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que se realizan la prueba de detección de sífilis durante la primera visita a atención prenatal en los últimos 12 meses (UA 2011 #F1)**

La realización de pruebas en mujeres embarazadas para la detección temprana de la sífilis durante el embarazo es importante para su salud y la del feto.

#### *Análisis del indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país, en virtud de que la mayor parte de las instituciones del sector salud público no pueden identificar en sus sistemas de información aquellas mujeres embarazadas en atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de sífilis durante la primera visita de atención. Sin embargo, como parte de los indicadores de OPS (ver Anexo IV Indicadores PAHO México), se encuentra el mismo indicador pero no referido a la primera visita, sino a toda la atención prenatal, el cual sí pudo ser respondido por todas las instituciones del sector salud público.

#### *Aportaciones de las OSC*

Las organizaciones manifestaron su preocupación en el sentido de la necesidad de fortalecer la construcción del indicador con resultados que nos permitan observar el comportamiento de las ITS (sífilis) en este sector, incrementando la educación y salud sexual entre mujeres.

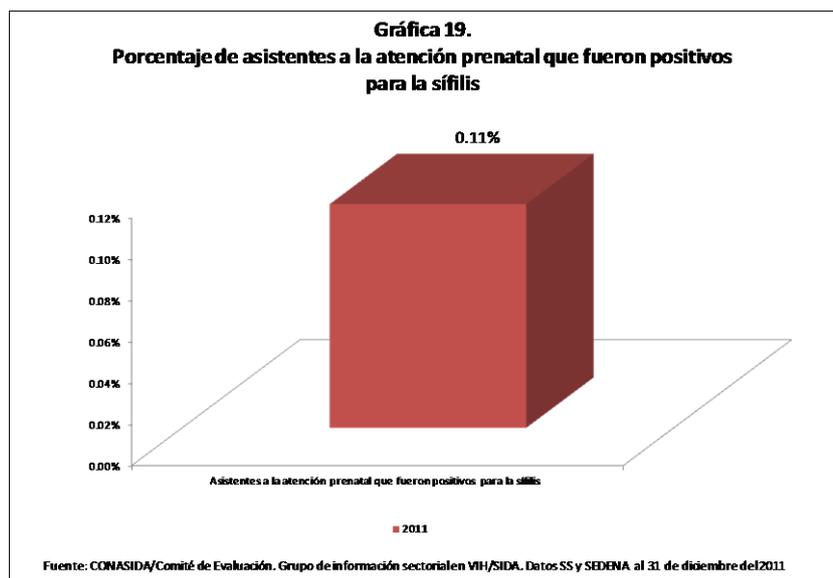
#### **1.17.1 Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que fueron positivas para sífilis (UA 2011 #F2)**

La infección por sífilis en las mujeres que acuden a atención prenatal puede ser utilizada para guiar las necesidades de los programas de prevención de ITS. También, es útil para alertar sobre posibles cambios en la transmisión del VIH en la población general.

#### *Análisis del indicador*

Este indicador se contestó con información de dos instituciones del sector salud público: la Secretaría de Salud y Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), que atienden alrededor del 55% de la población mexicana. El porcentaje de mujeres embarazadas que fueron positivas a sífilis en unidades de atención prenatal fue de 0.11%.

No es posible realizar la comparación, debido a que no existen datos en el informe de acceso universal anterior.



### *Aportaciones de las OSC*

En cuanto a detección de sífilis en atención prenatal, Irapuato Vive A.C. señaló que es necesario establecer servicios para obtener datos que permitan definir las estrategias necesarias, así como el sector de la población en la que se deben intensificar.

### **1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal para sífilis que recibieron tratamiento (UA 2011 #F3)**

El tratamiento de las mujeres positivas en sífilis que acudieron a atención prenatal es una medida directa de la efectividad de los esfuerzos del programa de eliminación de sífilis congénita para fortalecer la prevención primaria del VIH.

### *Análisis del indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país.

### *Aportaciones de las OSC*

No realizaron comentarios.

### **1.17.3 Porcentaje de trabajadores sexuales (TS) con sífilis activa (UA 2011#F4)**

Realizar pruebas a los trabajadores sexuales es importante para su salud y para propósitos de vigilancia de segunda generación.

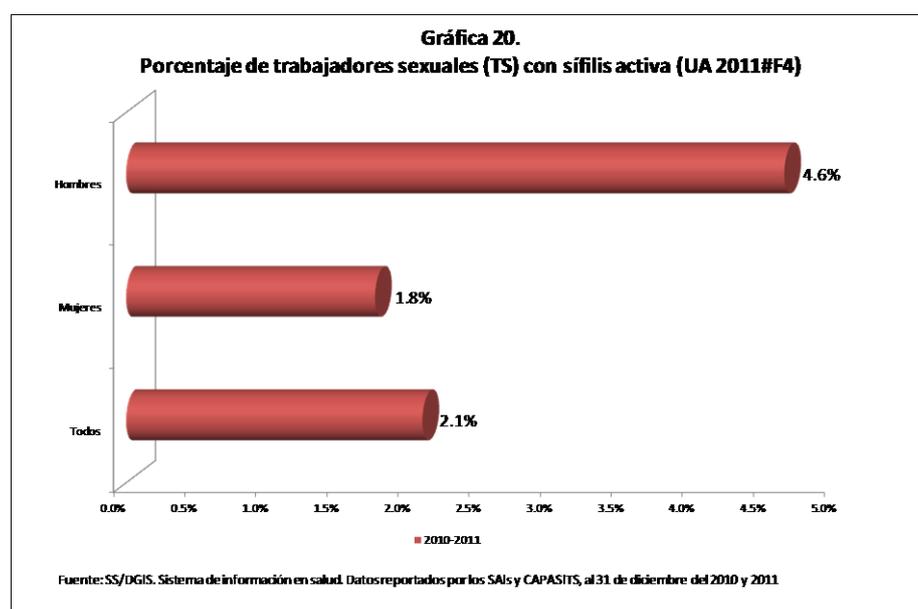
### *Análisis del indicador*

Este indicador se obtuvo de los servicios de atención especializada de VIH/SIDA e ITS que tiene la Secretaría de Salud: Unidades de Especialidades Médicas "UNEMES" en su modalidad de Centro Ambulatorio para la Prevención y

Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y el Servicios de Atención Integral (SAI); cuyo sistema de información permite registrar los servicios e insumos otorgados a poblaciones clave.

Para este indicador, se utilizaron datos acumulados del 2010-2011, para darle mayor potencia a los datos, además de intentar homogeneizar las cifras, ya que si analizamos los porcentajes por año entre mujeres son muy similares (2010: 1.5% y 2011: 2.0%), no así entre varones (2010: 7.8% y 2011: 3.0%): el porcentaje de trabajadoras y trabajadores sexuales con sífilis activa fue de 2.1%, siendo mayor en hombres (4.6%) que en mujeres (1.8%). Es importante mencionar que, las observaciones en mujeres representan el 88% y las de los varones el 22%, por lo que los resultados globales pesan más la tendencia femenina.

No es posible realizar la comparación, debido a que no existen datos en el informe de acceso universal anterior.



### *Aportaciones de las OSC*

No realizaron comentarios.

### **1.17.4 Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con sífilis activa (UA 2011 #F5)**

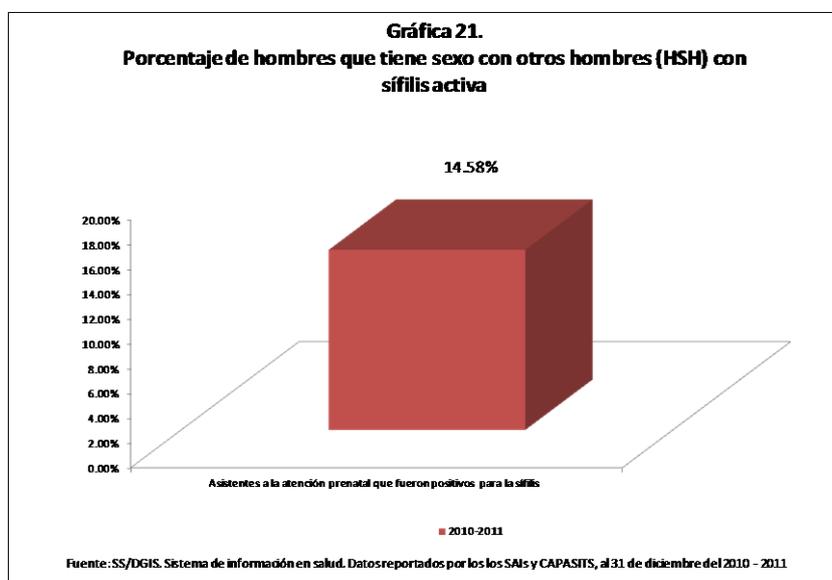
Realizar pruebas de sífilis a los hombres que tiene sexo con hombres (HS) es importante para su salud y para propósitos de vigilancia de segunda generación.

### *Análisis del indicador*

Para este indicador, se utilizaron datos acumulados del 2010-2011, contrario a lo que sucede con la cifras en HTS; si analizamos los porcentajes por año son muy

similares (2010: 1.5.4% y 2011: 14.0%). El indicador reporta que en ese periodo el porcentaje de HSH con sífilis activa fue de 14.6%.

No existen datos disponibles por edad; tampoco es posible realizar la comparación, debido a que no existen datos en el informe de acceso universal anterior.



### *Aportaciones de las OSC*

No realizaron comentarios.

## **Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015**

### **2.1 Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención.**

El consumo de drogas inyectables es la principal vía de transmisión para alrededor del 10% de las infecciones por VIH en todo el mundo, y del 30% de las infecciones fuera del África sub-sahariana. Prevenir la transmisión del VIH por el uso de drogas inyectables es uno de los retos clave en la reducción de la carga del VIH.

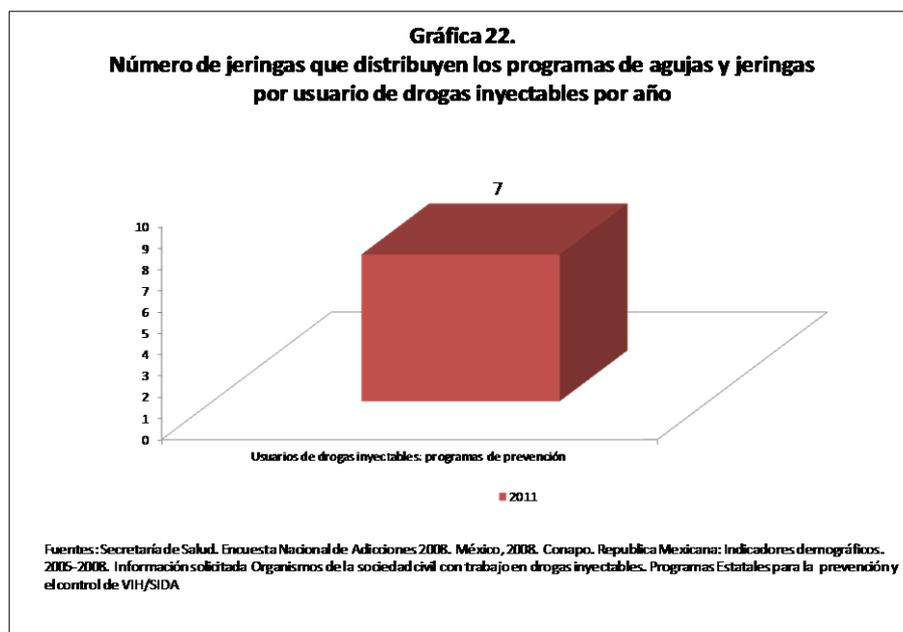
Los programas de dotación y sustitución de agujas y jeringas son una de las nueve intervenciones que figuran en el paquete integral elaborado por ONUSIDA, la OMS y UNODC para la prevención, tratamiento, cuidado y atención relacionados con el VIH dirigidos a los usuarios de drogas inyectables.

Los programas de dotación y sustitución de agujas y jeringas tienen el mayor impacto en la prevención del VIH entre los usuarios de drogas inyectables, los cuales han probado su eficacia en la prevención de la expansión del VIH.

### Análisis del indicador

De acuerdo con datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones (2008), el número de jeringuillas distribuidas por UDI por año en los programas de agujas y jeringas en el país fue de 7. Los niveles de cobertura recomendados señalan que el nivel de país es insignificante, debido a que son necesarias coberturas mayores a 200 por UDI al año.

No se tiene referencia en el informe anterior.



### Aportaciones de las OSC

Las organizaciones consideraron que el dato es poco significativo por la dificultad para acceder a los grupos de UDI. Es más bien un problema de distribución difícil de abordar. Se comentó que el tener 7 jeringas por UDI al año es muy bajo, puesto que de acuerdo con datos de ONUSIDA menos de 100 jeringas por UDI es bajo. Lo ideal para México sería el nivel medio. Irapuato Vive A.C. comentó sobre el bajo nivel de jeringas distribuidas que es necesario fortalecer la estrategia de Reducción de Daños, para que tengan mayor capacidad de distribución de insumos (jeringas) para los UDI, el número de jeringas distribuidos aún es muy bajo considerando que un usuario puede hacer uso (consumo) más de 3 veces al día.

### 2.2 Usuarios de drogas inyectables: uso del preservativo.

En el caso de los usuarios de drogas inyectables, resulta esencial que haya mayor seguridad en las prácticas de inyección y sexuales, incluso en países con predominio de otros modos de transmisión del VIH, por las siguientes razones: (i) el riesgo de transmisión del VIH por el uso de equipo de inyección contaminado es sumamente alto, y (ii) los usuarios de drogas inyectables

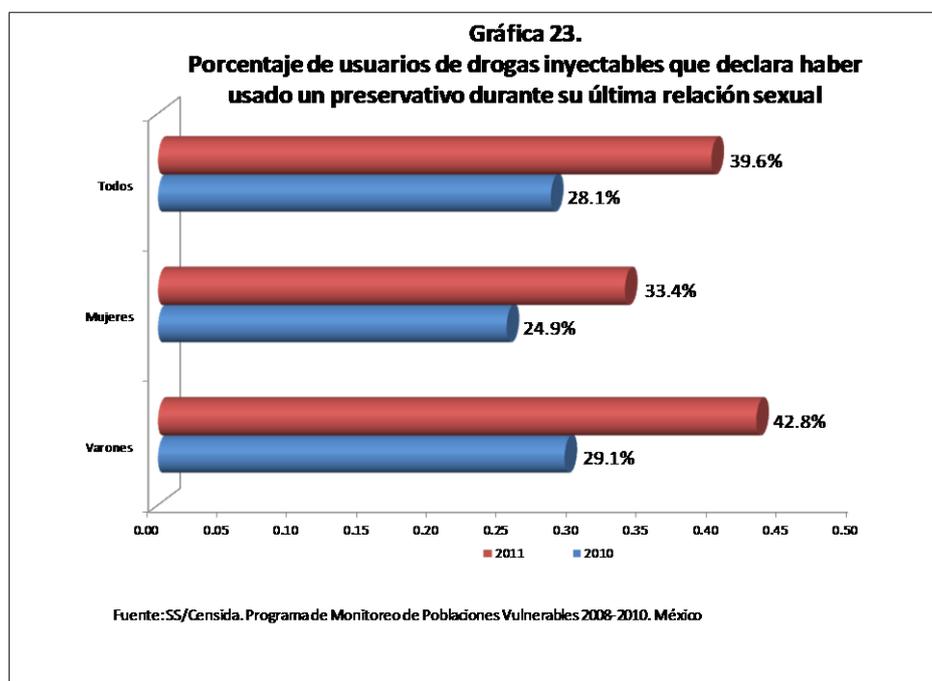
pueden propagar la infección del VIH (p. ej., por transmisión sexual) a la población general.

### *Análisis del indicador*

Este indicador se realizó con datos del Programa de Monitoreo de Poblaciones Vulnerables que realiza el CENSIDA. El porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual fue de 39.9%, siendo mayor en hombres (42.8%) que en mujeres (33.4%).

En el informe anterior de acceso universal, los datos muestran que, 39.2% de los UDI declararon haber usado un preservativo durante su última relación sexual; sin mostrarse diferencias significativas por sexo o grupos de edad.

Un comparativo entre ambos años, no muestra diferencias significativas, por lo que según esta fuente de datos las tendencias permanecen estables. Sin embargo, se deben esperar los datos que arrojará la línea basal del proyecto Fondo Mundial Ronda 9, que será un estudio más sólido en virtud de que, con una metodología uniforme y representatividad en esta población.



### *Aportaciones de las OSC*

La organización Irapuato Vive A.C. consideró que es necesario intensificar acciones encaminadas a fortalecer el cambio de comportamientos en mujeres UDI para la utilización del preservativo, con el acompañamiento de intervención de los hombres, de tal forma que este indicador se incremente.

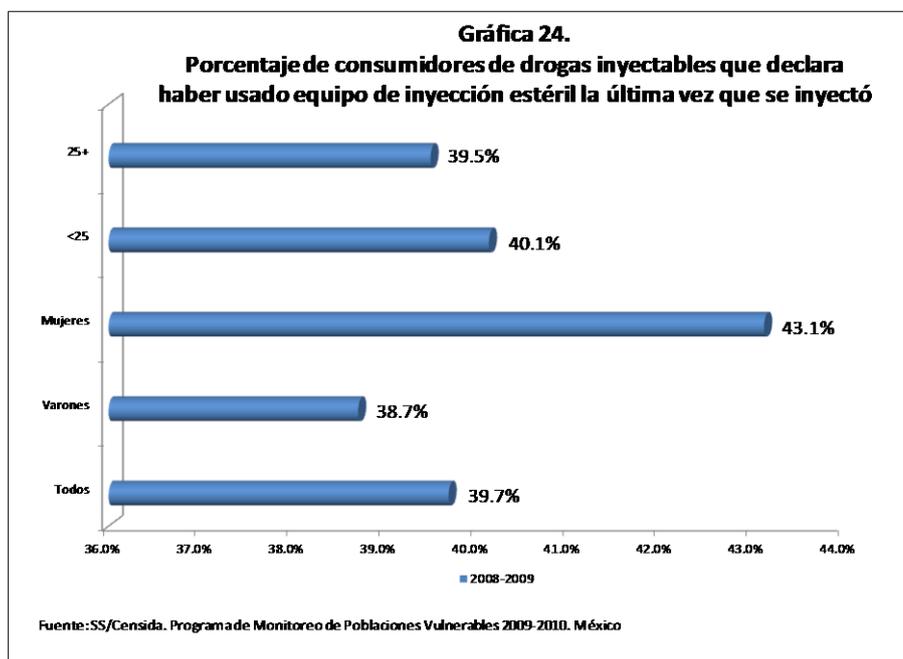
### 2.3 Usuarios de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras.

En el caso de los usuarios de drogas inyectables, resulta esencial que haya mayor seguridad en las prácticas de inyección y sexuales, incluso en países con predominio de otros modos de transmisión del VIH, por las siguientes razones: (i) el riesgo de transmisión del VIH por el uso de equipo de inyección contaminado es sumamente alto, y (ii) los usuarios de drogas inyectables pueden propagar la infección del VIH (p. ej., por transmisión sexual) a la población general.

#### *Análisis del indicador*

El porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declaró haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó fue de 39.7%, siendo ligeramente mayor en mujeres (43.1%) que en hombres (38.7%), pero no significativo y no existiendo diferencias por edad. Esta información proviene del sistema de monitoreo en poblaciones vulnerables.

Sin embargo, como ya se mencionó en el indicador anterior, se deben esperar los datos que arrojará la línea basal del proyecto Fondo Mundial Ronda 9.



#### *Aportaciones de las OSC*

No realizaron comentarios.

### 2.4 Las pruebas del VIH en los usuarios de drogas inyectables.

Es importante que los UDI's conozcan su estado serológico con respecto al VIH tanto para protegerse a sí mismas como para evitar infectar a los demás. El conocimiento del propio estado serológico también es un factor fundamental en

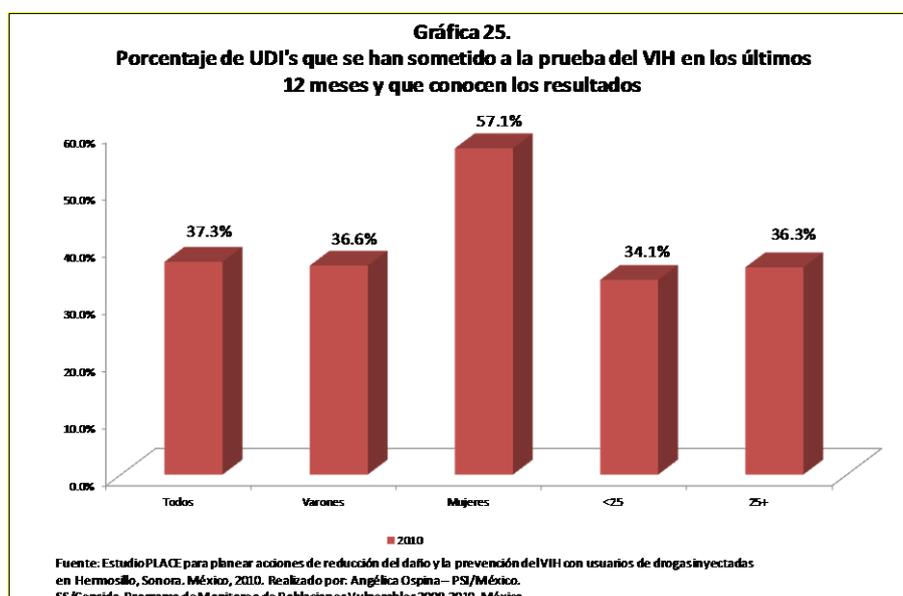
la decisión de buscar tratamiento y brinda la posibilidad de que éste sea oportuno entre más temprana sea la detección.

### Análisis del indicador

El porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados fue 37.3% y proviene de un estudio realizado por PSI en la ciudad de Hermosillo, Sonora. Las diferencias por sexo son significativas, favoreciendo a las mujeres (57.1%) que a los varones (36.6%), sin que existan diferencias por edad.

Los datos del informe anterior (2010) no son comparables, pues provienen de una fuente de datos diferente.

Nuevamente es importante aclarar que, se deben esperar los datos que arrojará la línea basal del proyecto Fondo Mundial Ronda 9.



### Aportaciones de las OSC

Las organizaciones de la sociedad civil consideraron que es necesario trabajar en el fortalecimiento de los programas de reducción del estigma y discriminación pues éstos son problemas que impactan en la accesibilidad de estos servicios. También plantearon que los porcentajes obtenidos en este indicador, muestran una vez más la urgencia de trabajar con esta población en el ámbito de la prevención y promoción de la prueba de VIH, así como dar acompañamiento para que reciban los servicios médicos especializados accesorios que puedan hacer integrales los servicios que se prestan por medio de la estrategia de Reducción de Daños. Por su parte, se planteó que en diversos estados del país, frente al clima de inseguridad generalizada, se invisibiliza a la población UDI lo cual dificulta que se realicen intervenciones en esta población pues la invisibilización frena la prevención y atención.

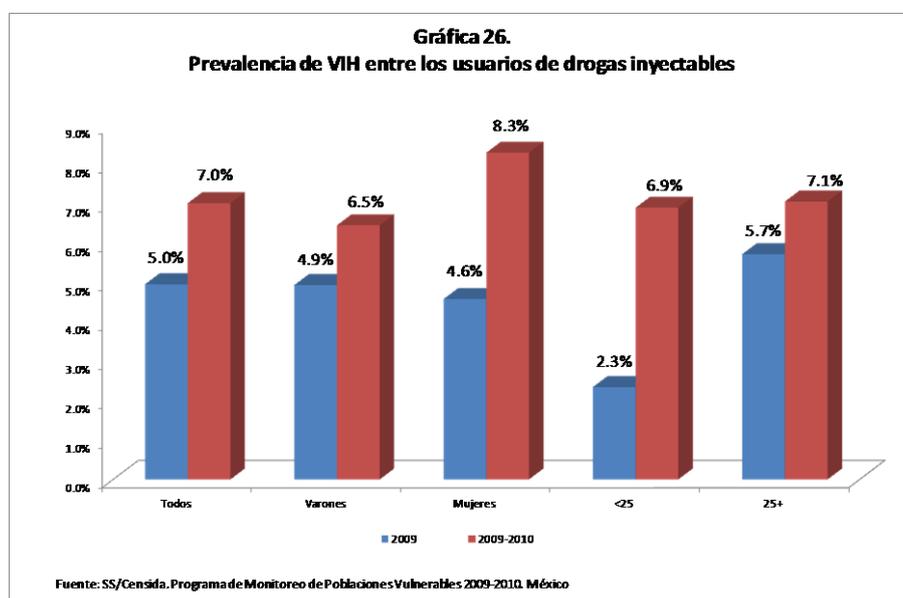
## 2.5 Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.

Los usuarios de drogas inyectables suelen tener la mayor prevalencia del VIH en países tanto con epidemias generalizadas como concentradas. En muchos casos, la prevalencia entre estas poblaciones duplica a la de la población en general. La reducción de la prevalencia entre los jóvenes usuarios de drogas es una medida crucial de la respuesta nacional al VIH.

### *Análisis del indicador*

El porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH fue de 7.0%, según el sistema de monitoreo en poblaciones vulnerables 2009-2010. Esta cifra es superior a lo presentado en los informes UNGASS-SIDA 2010 y Acceso Universal 2011 (5.0%).

En el presente reporte se perciben ligeras diferencias entre hombres (6.5%) y mujeres (8.3%) y entre grupos de edad (menores de 25: 6.9% y 25 años o más: 7.1%), ambas no significativas. En el informe anterior, tampoco existen diferencias por sexo y edad (hombres: 4.9% y mujeres: 4.6%; menores de 25: 2.3% y 25 años o más: 5.7%).



### *Aportaciones de las OSC*

Las organizaciones de la sociedad civil, señalaron que con el reforzamiento de la estrategia de reducción de daños en este sectores posible mejorar los índices de prevalencia que muestra el indicador.

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

La terapia de sustitución de opiáceos (siglas en inglés OST) representa un compromiso para el tratamiento de la dependencia de opiáceos y para reducir la frecuencia de inyección, preferiblemente a cero. OST es la herramienta de salud

pública más efectiva para reducir el consumo de drogas inyectables entre los consumidores de opiáceos y proporciona un apoyo crucial para el tratamiento de otras condiciones de salud, incluido el VIH, la tuberculosis y la hepatitis viral.

### *Análisis del indicador*

En este reporte, el indicador se responde parcialmente en virtud de que fue posible estimar el número de usuarios de opiáceos (inyectores y no inyectores): 106,939; sin embargo, no se encuentra disponible la información respecto a cuántos se encuentran en tratamiento.

### *Aportaciones de las OSC*

No realizaron comentarios.

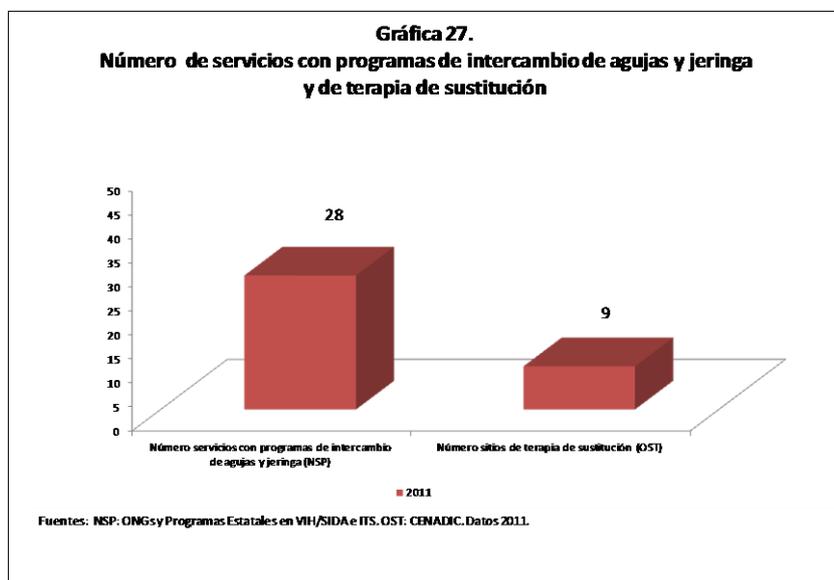
## **2.7 Número de puntos de prestación de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringas (siglas en inglés NSP) (UA 2011 #C2)**

Los programas de distribución de agujas y jeringas constituyen una de las intervenciones más eficaces en la prevención de la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables. Este indicador mide tanto el número de puntos del NSP (incluidos los puntos en las farmacias que proporcionan agujas y jeringas sin costo alguno) y la disponibilidad de los centros que pueden proporcionar agujas y jeringas limpias a los consumidores de drogas inyectables y sitios de sustitución.

### *Análisis del indicador*

Pudieron contabilizarse veintiocho servicios con programas de intercambio de agujas y jeringa (NSP) y nueve sitios que ofrecen terapia de sustitución, según lo informado por Organizaciones Civiles, Programas Estatales de VIH/SIDA e ITS de la Secretaría de Salud y el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.

No existen referencias anteriores de este indicador.



### *Aportaciones de las OSC*

Las organizaciones de la sociedad civil plantearon diferentes situaciones que obstaculizan el trabajo preventivo con UDIs, por ejemplo la marginación de estos grupos, el poco trabajo de terapia de sustitución e intercambio de jeringas, el estigma y la discriminación. También propusieron que la política del sector salud atienda y modifique sus conceptos de comprensión del problema para dar una respuesta más efectiva ya que actualmente el trabajo está más orientado a la prevención de las adicciones y con ello se perpetúa el estigma de los usuarios de drogas. Por otra parte, las organizaciones demandaron mayor vinculación entre las dependencias del sector salud para diseñar estrategias integrales de terapia de sustitución. Finalmente, las organizaciones plantearon su preocupación por el tema de la militarización de algunas ciudades del país, donde consideran se realizan acciones de persecución contra las personas usuarias por considerarles delincuentes, a la vez que la normatividad contribuye a reproducir ese estereotipo.

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

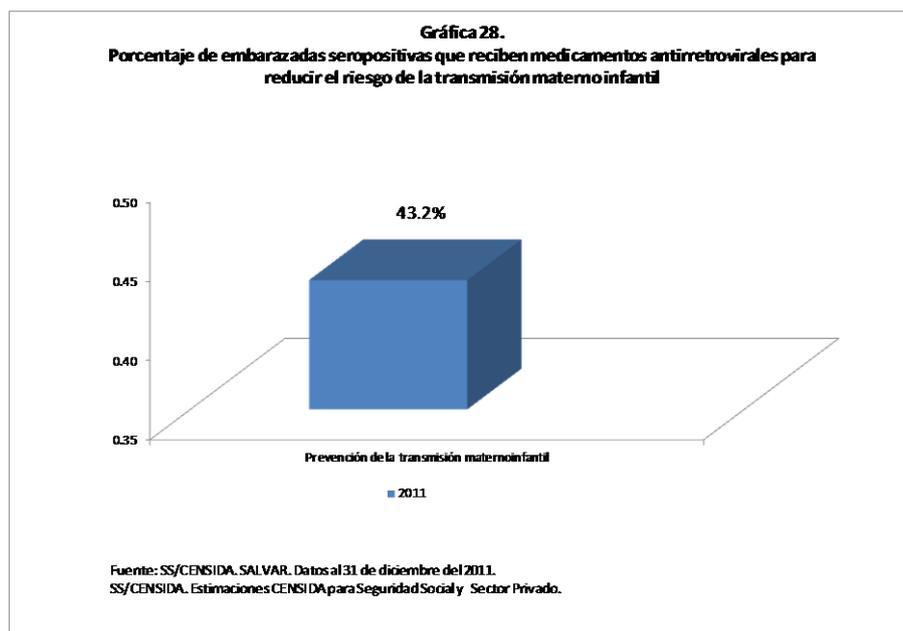
### **3.1 Prevención de la transmisión materno-infantil.**

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

#### *Análisis del indicador*

En virtud de la dificultad de identificar a las mujeres embarazadas que se encuentran en tratamiento ARV, se estimó este indicador con base en información empírica. El porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil se calcula en 43.2%. Esta cifra refleja que aún queda mucho por hacer en términos de prevención perinatal, empezando por el diagnóstico temprano de las embarazadas con VIH.

En el informe anterior se utilizaron otros parámetros para el cálculo del indicador, por lo que la cifra no puede compararse con la presente estimación.



### 3.2 Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento

Los lactantes infectados con el VIH durante el embarazo, parto o postparto, a menudo fallecen antes de que se sepa que están infectados con el VIH. La OMS recomienda a los programas nacionales que hagan posible la realización de pruebas del VIH a los lactantes a las seis semanas, o tan pronto como sea posible, para poder orientar la toma de decisiones clínicas en la etapa más temprana posible. La progresión de la enfermedad del VIH es muy rápida en los niños; necesitan seguir un tratamiento tan pronto como sea posible porque sin un tratamiento temprano el 50% de los niños fallecería antes de cumplir dos años.

#### *Análisis del indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país, debido a que los sistemas de información en salud no incluyen la temporalidad tan estricta que maneja el mismo, que se refiere a los dos primeros meses desde el nacimiento.

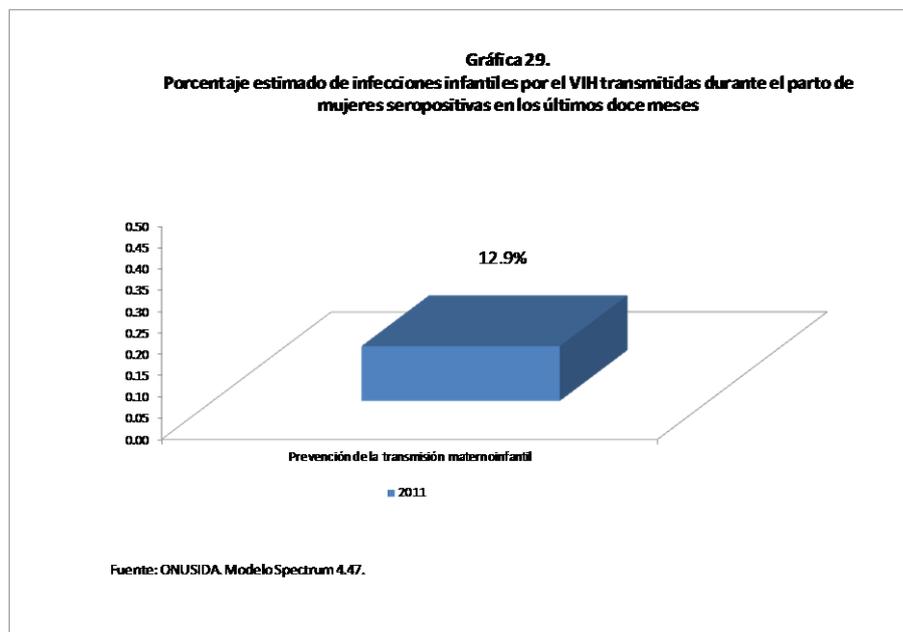
### 3.3 Transmisión materno-infantil del VIH (modelada).

Se han llevado a cabo esfuerzos para aumentar el acceso a las intervenciones que reducen notablemente la transmisión materno-infantil, como la combinación de regímenes de profilaxis y tratamiento antirretrovirales y el fortalecimiento de las actividades de asesoramiento sobre la alimentación de los lactantes. El porcentaje de los niños seropositivos debería disminuir conforme aumenta la cobertura de las intervenciones relacionadas con la PTMI y el uso de regímenes más efectivos.

#### *Análisis del indicador*

El porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses; según el modelo Spectrum 4.47 del ONUSIDA, fue de 12.9% en el 2011.

No existen referencias anteriores.



**3.4. Porcentaje de mujeres embarazadas que conocen su estado de VIH (se han realizado la prueba del VIH y han recibido su resultado -durante el embarazo, durante el parto o durante el periodo de post parto (<72 horas), incluyendo aquellas con conocimiento previo de su estatus de VIH) (UA 2011 #15).**

La identificación del estado serológico del VIH de las embarazadas proporciona un punto de acceso para los demás servicios de prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI).

#### *Análisis del indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en virtud de que, en México, se tiene conocimiento del número de detecciones de VIH realizadas a mujeres embarazadas que acuden a control prenatal (819,784), las cuales se registran en los sistemas de información de las instituciones del sector salud (sólo sector público); sin embargo, no es posible identificar cuántas de ellas conocen sus estado serológico.

**3.5 Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal cuya pareja masculina se realizó la prueba de VIH (UA 2011 #16).**

La participación de los hombres es un elemento crítico en la prestación de servicios centrados en la familia para madres embarazadas infectadas con VIH,

sus hijos y miembros de la familia. También, es importante en la prevención del VIH y puede ayudar a parejas seronegativas a permanecer en ese estatus.

#### *Análisis del indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país, en virtud de que los sistemas de información no recaban si el hombre que se realiza las pruebas es pareja de una mujer embarazada en control prenatal.

### **3.6 Porcentaje de embarazadas con VIH que son elegibles para tratamiento antirretroviral a través del estadio clínico o prueba de CD4 (UA 2011 #17).**

Las embarazadas con VIH que satisfacen los criterios clínicos y (cuando es posible) los criterios inmunológicos para recibir TAR deben recibirlo. El TAR ayuda a mantener a las mujeres embarazadas con VIH vivas y saludables y reduce el riesgo de transmisión materno-infantil. Los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (PTMI) deben realizar dichas evaluaciones. Las mujeres que todavía no reúnen los requisitos para TAR deben recibir profilaxis con fármacos ARVs para la PTMI de acuerdo con las directrices y recomendaciones nacionales.

#### *Análisis del indicador*

Este indicador no se tiene disponible en el país.

### **3.7 Porcentaje de bebés nacidos de madres con VIH que están recibiendo profilaxis antirretroviral para la reducir el riesgo de transmisión materno-infantil temprana en las primeras 6 semanas (es decir, transmisión durante el puerperio alrededor de las 6 semanas de vida) (UA 2011 #19).**

El riesgo de la transmisión materno-infantil puede reducirse significativamente mediante el suministro de medicamentos antirretrovirales a la madre durante el embarazo y el parto, profilaxis con antirretrovirales al niño <12 meses, y antirretrovirales a la madre o al niño <12 meses durante la lactancia (si se da lactancia materna) y mediante la ejecución de prácticas de parto y lactancia seguras.

#### *Análisis del indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país, porque no se encuentra información tan específica, con un periodo de tiempo muy acotado, en los sistemas de información de las instituciones del sector salud público, ni privado.

### **3.8 Porcentaje de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que reciben antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante el período de lactancia materna.**

El riesgo de la transmisión materno-infantil puede reducirse significativamente mediante el suministro de medicamentos antirretrovirales a la madre durante el embarazo y el parto, profilaxis con antirretrovirales al niño <12 meses, y

antirretrovirales a la madre o al niño <12 meses durante la lactancia (si se da lactancia materna) y mediante la ejecución de prácticas de parto y lactancia seguras.

#### *Análisis del indicador*

Este indicador es de nuevo ingreso y no se encuentra disponible en el país, porque no se cuentan con información tan específica, de un periodo de tiempo tan acotado, en los sistemas de información de las instituciones del sector salud público, ni privado.

### **3.9 Porcentaje de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que comenzaron la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol en el plazo de 2 meses después del nacimiento (UA 2011 #110).**

La profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol es una intervención sencilla y rentable para prevenir la neumonía por *Pneumocystis carinii* en niños <12 meses con VIH. Esta infección es la principal causa de enfermedades respiratorias graves en estos niños en países con recursos limitados. A menudo tiene lugar antes de que pueda diagnosticarse la infección por el VIH.

Debido a las limitaciones de recursos y logística en el diagnóstico de infección por VIH en niños <12 meses, todos los niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH deben recibir profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol. Se debe comenzar entre 4 y 6 semanas después del nacimiento y continuar hasta que se haya eliminado la infección y los niños <12 meses ya no estén en riesgo de adquirir el VIH a través de la lactancia materna.

#### *Análisis del indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país, porque no se cuenta con información tan específica, de un periodo de tiempo tan acotado, en los sistemas de información de las instituciones del sector salud público, ni privado.

### **3.10 Distribución de prácticas de alimentación (lactancia materna exclusiva, alimentación de sustitución /sucedáneos de leche, alimentación mixta u otras) en niños < 12 meses nacidos de mujeres con VIH en el momento de vacunación DTP3 (UA 2011 #112).**

El VIH puede transmitirse durante la lactancia materna incluso en aquellos contextos en los que el 100% de las mujeres embarazadas reciben TAR de por vida o fármacos antirretrovirales como profilaxis para la prevención de la transmisión materno-infantil. La alimentación mixta antes de los 6 meses de edad aumenta el riesgo de transmisión en comparación con la lactancia materna exclusiva. Por tanto, la OMS recomienda que cuando una madre que sabe que está infectada con el VIH amamanta, deber recibir ARV para reducir el riesgo de transmisión y alimentar al niño exclusivamente con el pecho durante los primeros 6 meses, introducir alimentación complementaria desde los 6 meses y continuar con el pecho hasta los 12 meses.

En la mayoría de los países, la cobertura de la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT3) cercana a la edad recomendada de 14 semanas es elevada. Por ello, se propone recoger los datos de lactancia en ese momento, ya que los niños <12 meses son vistos en establecimientos de salud.

Además, esta fecha se encuentra a mitad de camino entre el nacimiento y el momento en el que se suspendería la lactancia materna exclusiva, haciendo que sea en cierto modo comparable a la manera en que la lactancia materna exclusiva suele registrarse en la población general en encuestas demográficas y de salud.

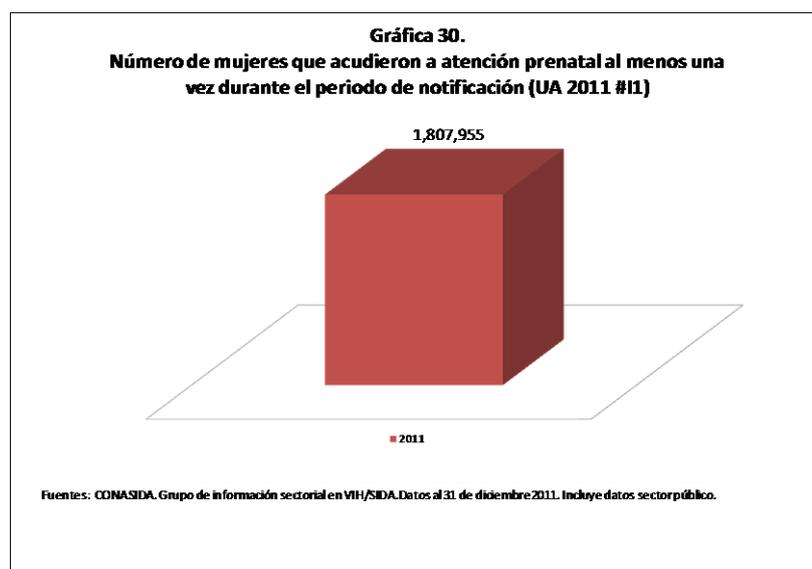
#### *Análisis del indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país, porque no se encuentra información tan específica, con un periodo de tiempo muy acotado, en los sistemas de información de las instituciones del sector salud público, ni privado.

### **3.11 Número de mujeres que acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el periodo de notificación (UA 2011 #1).**

#### *Análisis del indicador*

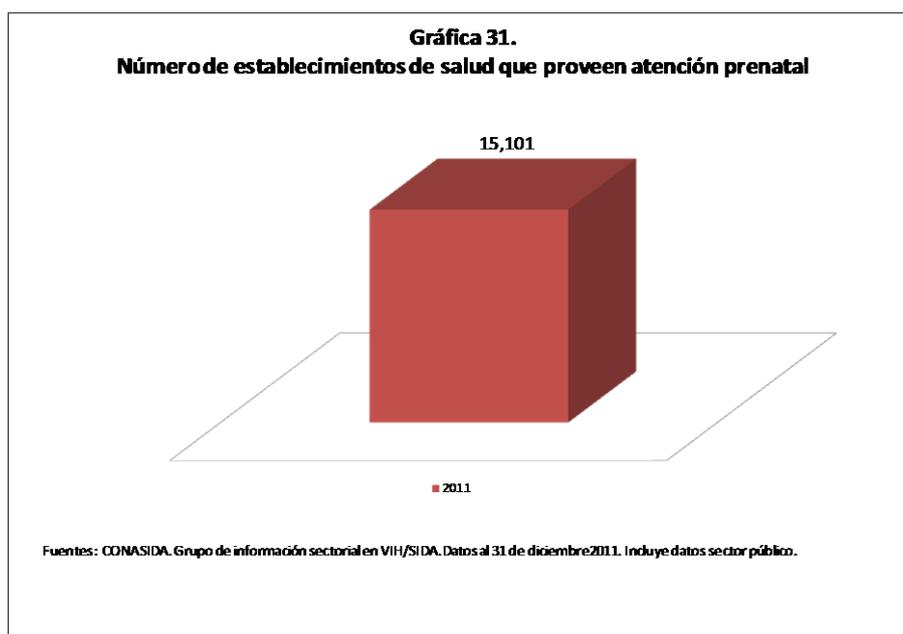
En el 2011, se estima que 1, 807,955 mujeres embarazadas acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el periodo de notificación en el país, en las instituciones del sector salud público.



### **3.12.1 Número de establecimientos de salud que proveen servicios de atención prenatal (UA 2011 #2a).**

#### *Análisis del indicador*

El número de establecimientos de salud que proveen servicios de atención prenatal en el país, en el sector público es 1,501. Estos datos son generados por el Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA, del CONASIDA.

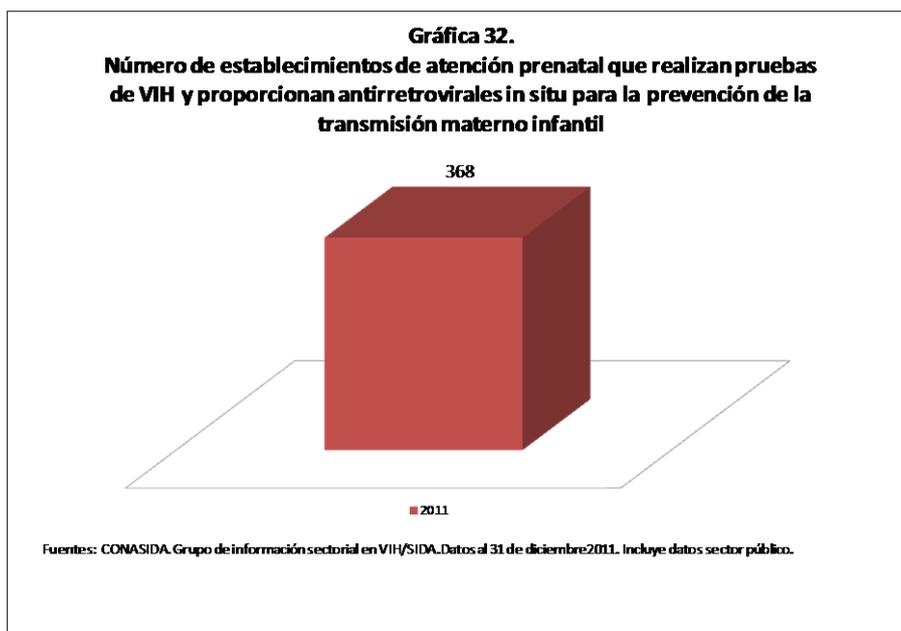


### 3.12.3 Número de establecimientos de atención prenatal que realizan pruebas de VIH y proporcionan antirretrovirales in situ para la prevención de la transmisión materno-infantil.

Aunque los programas para la prevención de la transmisión materno-infantil incluyen diversas intervenciones, sólo dos fueron seleccionadas por su importancia: 1) disponibilidad de pruebas VIH en centros de atención prenatal para identificar mujeres embarazadas infectadas con VIH y que necesitan servicios de PTMI y 2) disponibilidad de acceso a medicamentos antirretrovirales para mujeres infectadas con VIH para evitar PTMI. La disponibilidad in situ es importante para reducir la pérdida del seguimiento de mujeres infectadas con VIH y de niños expuestos.

#### *Análisis del indicador*

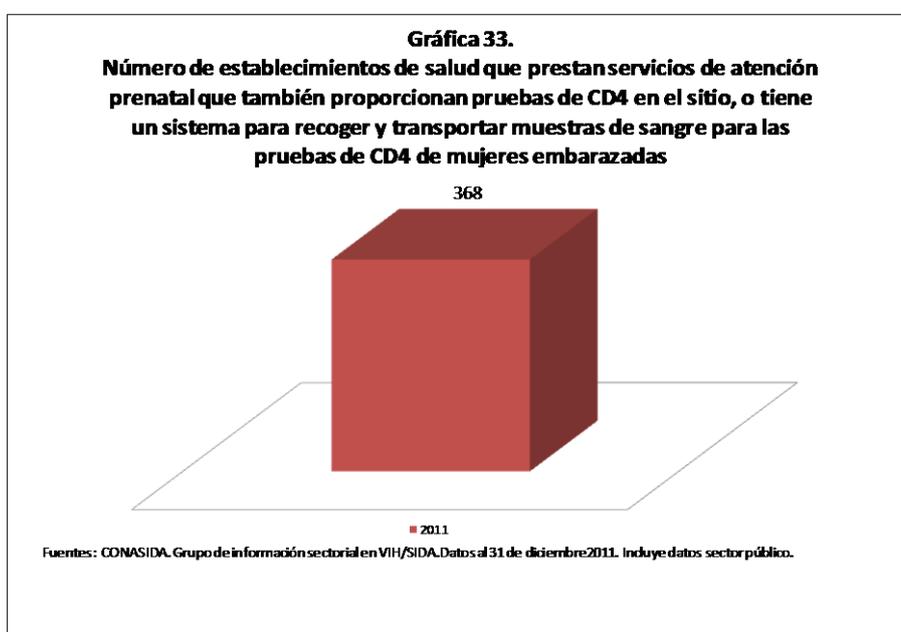
De acuerdo con la información reportada por el Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA, del CONASIDA, el número de establecimientos de atención prenatal que realizan pruebas de VIH y proporcionan antirretrovirales in situ para la prevención de la transmisión materno-infantil ascienden a 368 en el sector público.



### 3.12.4 Número de establecimientos de salud que prestan servicios de atención prenatal que también proporcionan pruebas de CD4 en el sitio, o tiene un sistema para recoger y transportar muestras de sangre para las pruebas de CD4 de mujeres embarazadas infectadas por el VIH.

#### *Análisis del indicador*

El número de establecimientos de salud que prestan servicios de atención prenatal que también proporcionan pruebas de CD4 en el sitio, o tiene un sistema para recoger y transportar muestras de sangre para las pruebas de CD4 de mujeres embarazadas infectadas por el VIH es el mismo que el anterior: 368 en el sector público.

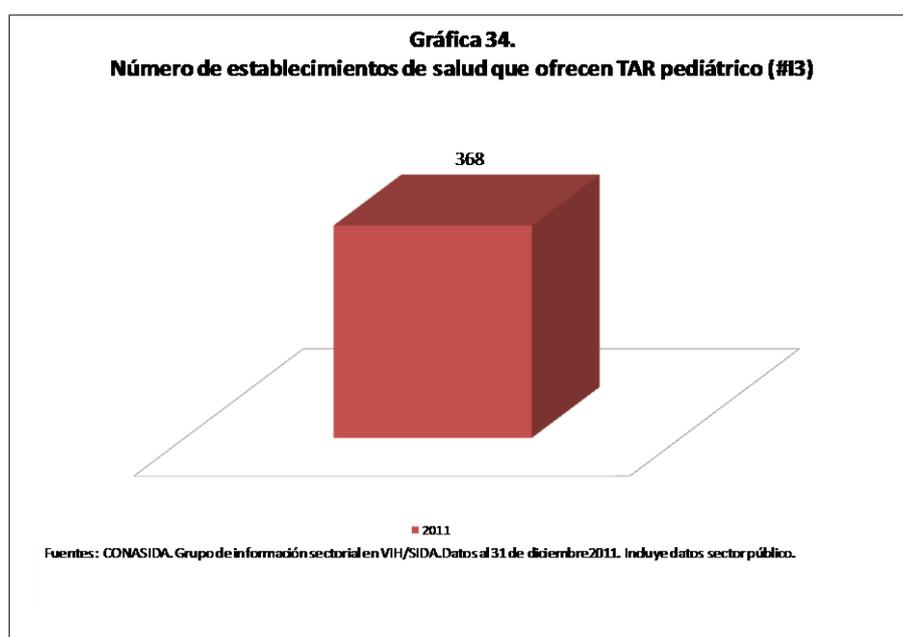


### 3.12.5 Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico (#13).

TAR es la piedra angular del tratamiento efectivo del VIH y midiendo el porcentaje de establecimientos de salud que ofrece TAR pediátrico se proporciona información sobre la capacidad de enfrentarse a la atención del VIH en niños.

#### *Análisis del indicador*

El número de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico es la misma cifra que el indicador anterior: 368 en el sector público.

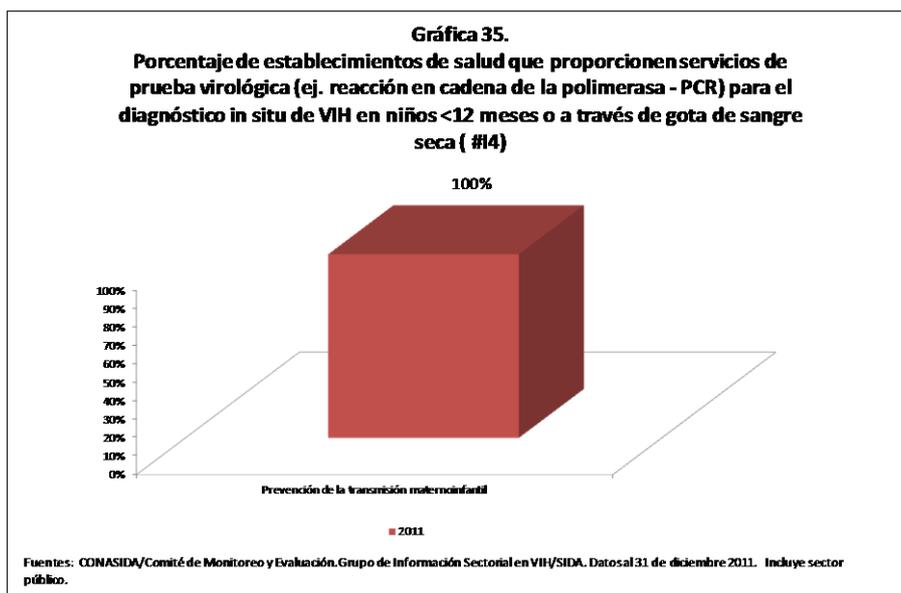


### 3.12.6 Porcentaje de establecimientos de salud que proporcionen servicios de prueba virológica (ej. reacción en cadena de la polimerasa - PCR) para el diagnóstico in situ de VIH en niños <12 meses o a través de gota de sangre seca (#14).

El diagnóstico temprano del VIH por prueba virológica o a través de gota de sangre seca es crítico para identificar niños <12 meses y poder referirlos inmediatamente a atención y tratamiento y facilitar la toma de decisiones de los proveedores de salud.

#### *Análisis del indicador*

La fuente de este indicador es el CONASIDA, a través del Comité de Monitoreo y el Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA, los cuales reportan que el porcentaje de establecimientos que proporcionen servicios de prueba virológica es 100%.



### *Aportaciones de las OSC al Objetivo 3*

Se destacó la necesidad de integrar el trabajo de violencia relacionada con VIH considerando un abordaje de género tanto con los trabajadores de salud como con sociedad civil. Se comentó la existencia de un estudio cuali-cuantitativo sobre embarazadas en diferentes estados del país para el periodo 2009-2012<sup>13</sup>, donde se encuentra que los servicios de salud no aplican la normatividad en materia de violencia de género en la consulta y no se responde a las necesidades de las usuarias de servicios, sino que se impone el criterio de los médicos a los requerimiento de las mujeres. Aunque la violencia es una barrera para la adherencia y cuidado del embarazo, no se atienden los requerimientos de las embarazadas en este sentido. Sobre embarazo y VIH se comentó la experiencia de una mujer que vive con VIH que quiso interrumpir embarazo: “Los del CAPASITS reprobaron su deseo y no lo pudo hacer en el Estado de Nuevo León”. Otros comentarios en el mismo sentido destacan la importancia del trabajo en salud reproductiva de la mujer y, específicamente, el abordaje del embarazo y VIH.

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

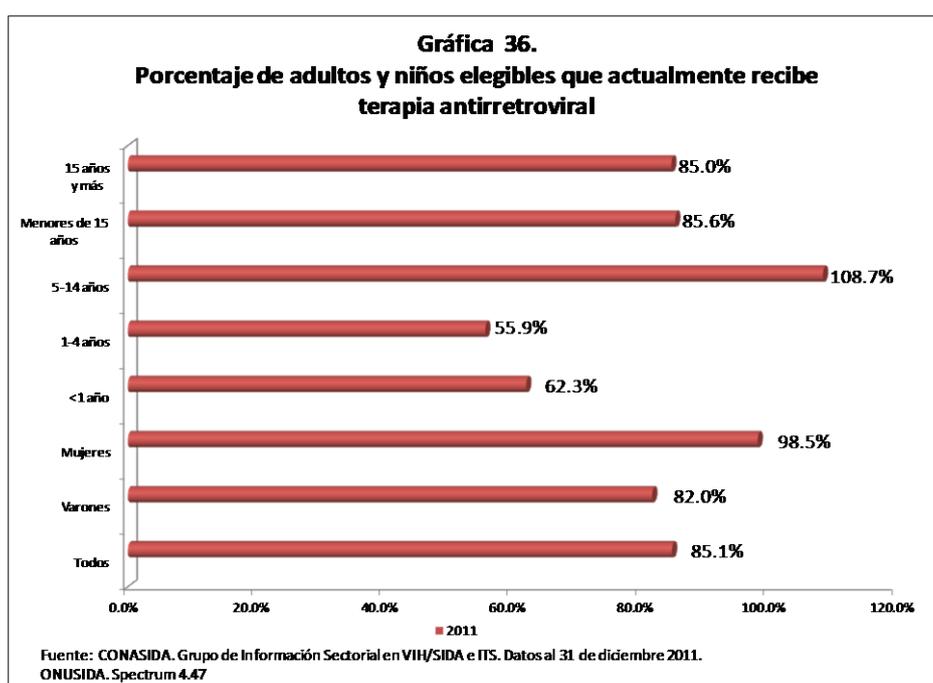
### **4.1 Tratamiento del VIH: Terapia antirretroviral**

A medida que avanza la pandemia de VIH, un mayor número de personas alcanza fases avanzadas de la infección por el VIH. La terapia antirretroviral ha demostrado su capacidad de reducir la mortalidad entre los infectados, y se están haciendo esfuerzos para que sea más asequible en los países de recursos bajos y medios. La terapia antirretroviral de combinación debe ofrecerse conjuntamente con servicios de atención y apoyo más amplios, incluido el asesoramiento a los cuidadores familiares.

<sup>13</sup> No proporcionaron información adicional para tener la referencia completa de este estudio.

*Análisis del indicador*

El porcentaje de adultos y niños elegibles que recibieron terapia antirretroviral en el país a finales del 2011 fue de 85.1%, habiendo una cobertura mayor en mujeres que en hombres (98.5% y 82.0%, respectivamente). En las distribuciones de acceso por grupos de edad, no existen diferencias significativas entre menores de 15 años y de 15 años o más (85.6% y 85.0%), asimismo, al interior de los menores de 15 años se observa un porcentaje menor de cobertura entre la población de 1-4 años (55.9%) y una sobre cobertura en el grupo de 5-14 años (108.7%), que se relaciona con una estimación menor del modelo *Spectrum* en el número de niños de ese grupo de edad que requieren ARV. Este indicador fue calculado con datos generados por el Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA.



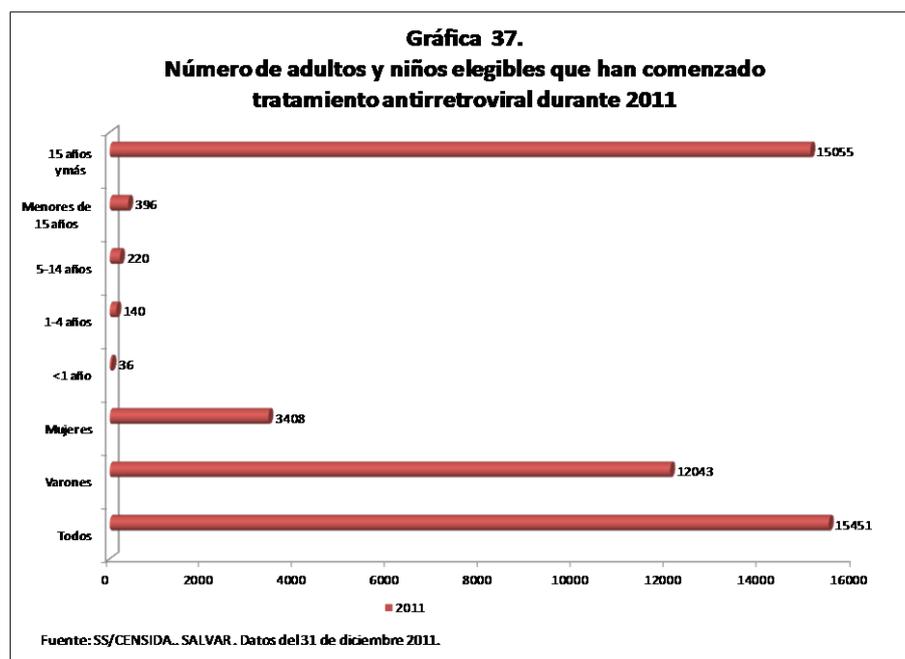
#### 4.1.1 Número de adultos y niños elegibles que han comenzado tratamiento antirretroviral durante el periodo de notificación (2011) (UA 2011 G2b).

Además de la cobertura, es importante el monitoreo del inicio del TAR. Comparar la evolución del número de personas en TAR al final de los años (indicador G2) no informa sobre el número de recién iniciados ya que en el primer año de TAR el desgaste es máximo. Esto significa que no todos los pacientes nuevos iniciados en el año de referencia continúan al final del año. Por lo tanto, es importante capturar la cifra exacta de pacientes recién iniciados en TAR durante el año de referencia.

*Análisis del indicador*

De acuerdo con datos del Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR), en el 2011, se calcula que ingresaron a TAR 15,451 personas,

78% hombres y 22% mujeres y 3% menores de 15 años y 97% de 15 años o más.



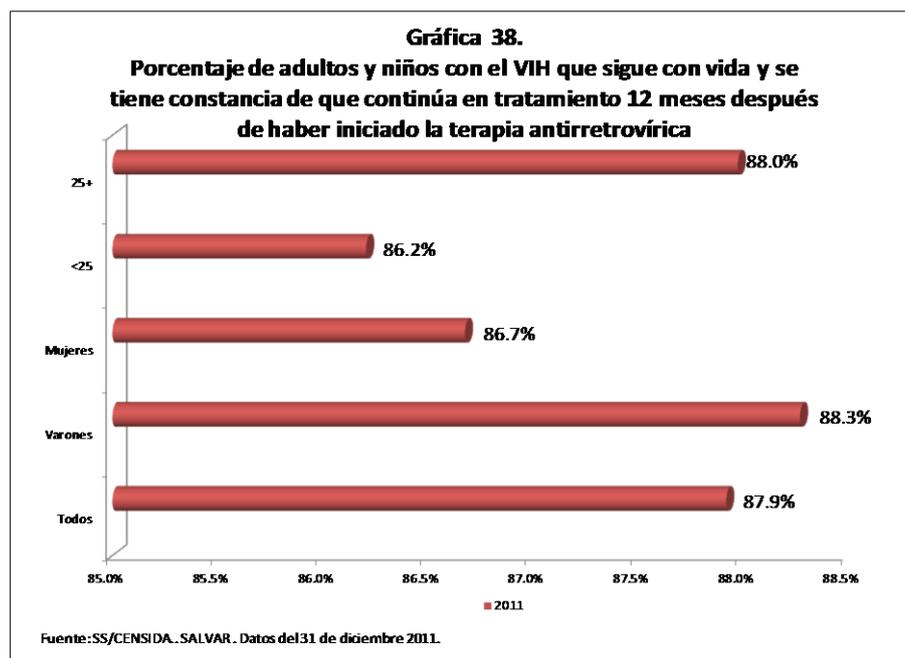
#### 4.2 Retención en la terapia antirretroviral 12 meses después de comenzar el tratamiento.

Uno de los objetivos de todo programa de tratamiento antirretroviral es aumentar la supervivencia de los individuos infectados. A medida que la provisión de la terapia antirretroviral se amplía en países de todo el mundo, también es importante saber cuántas personas abandonan los programas de tratamiento y entender por qué lo hacen. Estos datos pueden ayudar a demostrar la eficacia de tales programas y a poner de manifiesto los obstáculos para su ampliación y mejoramiento.

##### *Análisis del indicador*

El porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral, se calculó únicamente para las personas que son atendidas por la Secretaría de Salud, que representan 59.2% de las personas en tratamiento ARV a nivel nacional.<sup>14</sup> La supervivencia fue de 87.9%, sin mostrar diferencias significativas por sexo o grandes grupos de edad.

<sup>14</sup> Incluye sector público y privado.



#### 4.2.1 Porcentaje de adultos y niños con VIH vivos y que están en TAR 24 meses después del inicio del tratamiento entre los pacientes que lo iniciaron durante 2009, (UA 2011 G3b).

##### *Análisis del indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país, en virtud de que los sistemas de información no cuentan con la información necesaria para el seguimiento de años anteriores.

#### 4.2.2. Porcentaje de adultos y niños con VIH vivos y que están en TAR 60 meses después del inicio del tratamiento entre los pacientes que lo iniciaron durante 2006 (UA 2011 G3c).

##### *Análisis del indicador*

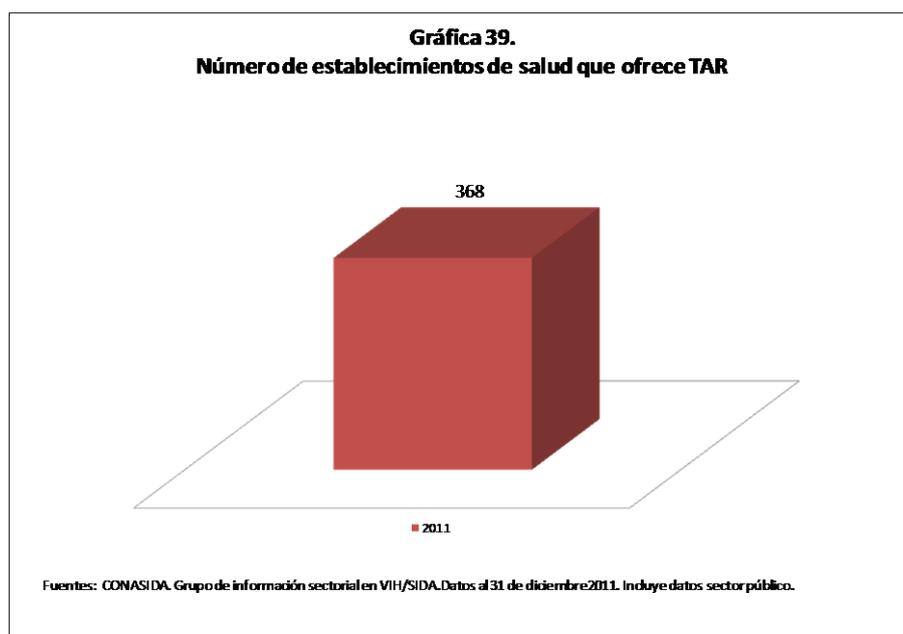
Este indicador no se encuentra disponible en el país, en virtud de que los sistemas de información no cuentan con la información necesaria para el seguimiento de años anteriores.

#### 4.3 Número de establecimientos de salud que ofrece TAR (#G1).

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

##### *Análisis del indicador*

De acuerdo con el Grupo de Información Sectorial del CONASIDA, el número de establecimientos de salud que ofrece TAR son 368 en el sector público.



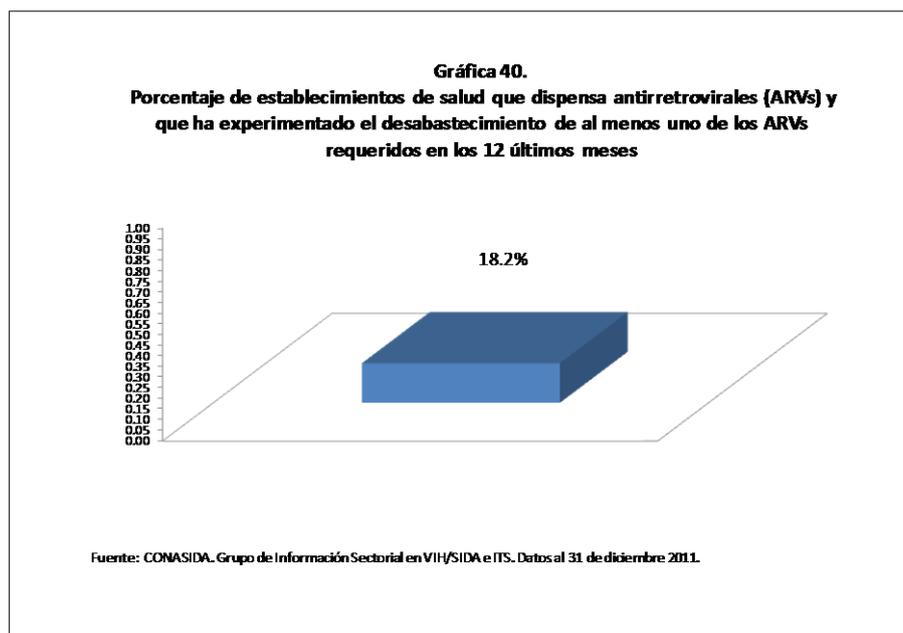
#### **4.4 Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en los 12 últimos meses.**

A medida que los países amplían los servicios de TAR, es importante conseguir que los antirretrovirales (ARV) estén al alcance de aquellos que los necesiten. El TAR es una estrategia de tratamiento a largo plazo para las personas con infección avanzada del VIH por lo que las interrupciones del tratamiento pueden conducir al fracaso terapéutico y a la farmacorresistencia del VIH. Es necesaria una gestión eficiente para asegurar que un suministro ininterrumpido de los ARV.

##### *Análisis del indicador*

El porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en el 2011, durante más de 72 hrs., fue de 18.2%. La institución que reportó esta situación fue el ISSSTE. El resto de instituciones del sector salud público no excedió el periodo de tiempo señalado.

El 18% de desabasto se refiere a un único episodio experimentado por una sola institución del sector público en salud que fue el ISSSTE, en el cual esas 67 unidades presentaron desabasto conforme a la definición nacional. Cabe precisar que el ISSSTE otorgó tratamiento ARV 4,687 (6.5 %) de las 71,849 personas a las que se les dio TAR en el país en 2011 y que el desabasto no afectó a todos los usuarios, ni fue de todas las claves del medicamento.



#### **4.6 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH y elegibles para la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol (CTX) (según las directrices nacionales) que en la actualidad reciben profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol (UA 2011 #D1)**

La profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol (CTX) es una intervención crítica para prolongar la vida en adultos y niños infectados con el VIH, reduciendo enormemente la incidencia de infecciones oportunistas e infecciones bacteriales. Es importante asociar la profilaxis CTX con TAR para prevenir infecciones durante la recuperación inmune.

##### *Análisis del indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país.

##### *Aportaciones de las OSC*

En esta sección no hubo comentarios de las OSC.

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

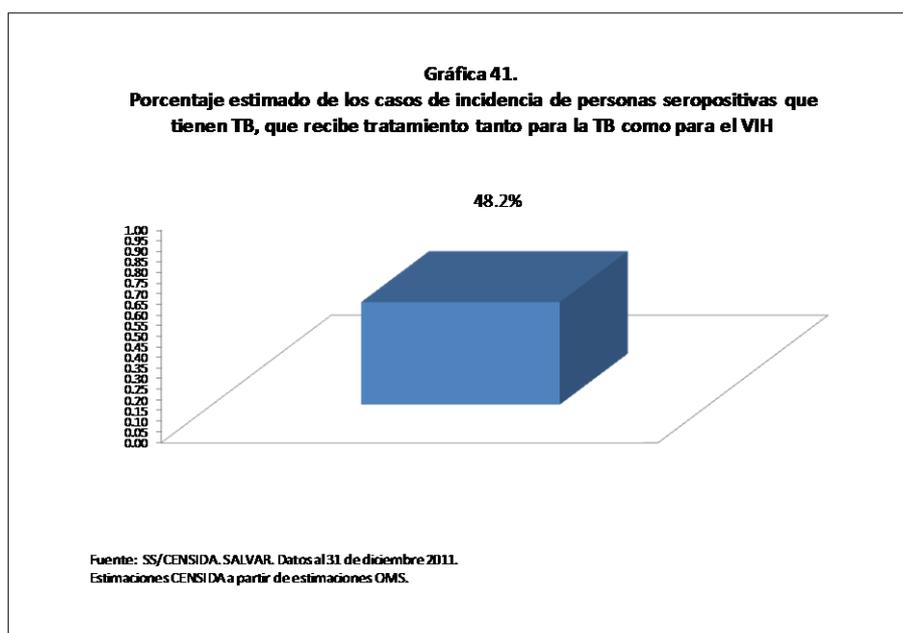
#### **5.1 Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH**

La tuberculosis (TB) es la principal causa de morbilidad y mortalidad de las personas que viven con el VIH, incluidas aquellas que están en tratamiento

antirretroviral. La detección de casos y el acceso al diagnóstico y tratamiento de calidad de la tuberculosis, según las directrices nacionales/internacionales, es fundamental para mejorar la calidad y la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH. Es importante disponer de una medida del porcentaje de casos de coinfección por el VIH y tuberculosis que pueden acceder a un tratamiento adecuado para la TB y el VIH

#### *Análisis del indicador*

El porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH es de 48.2%. Esta cifra sólo incluye datos de la Secretaría de Salud y fue calculada con base en información del Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR).

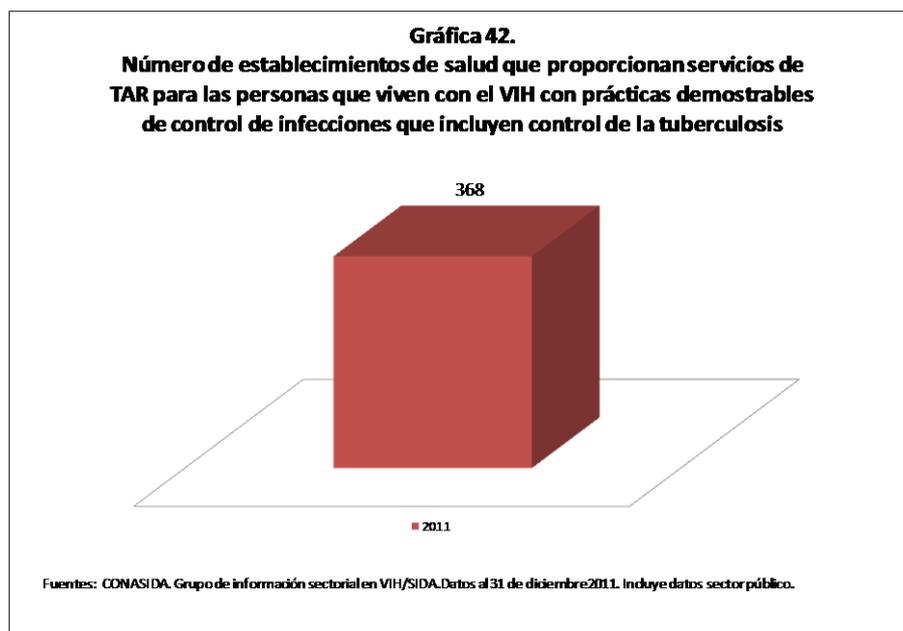


### **5.2 Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de TAR para las personas que viven con el VIH con prácticas demostrables de control de infecciones que incluyen control de la tuberculosis**

El control de la infección de la tuberculosis es parte de la estrategia de los “Tres Unos” para controlar la epidemia VIH/TB (junto a la intensificación de la búsqueda activa de casos y terapia preventiva de Isoniazida).

#### *Análisis del indicador*

Nuevamente, el número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de TAR para las personas que viven con el VIH con prácticas demostrables de control de infecciones que incluyen control de la tuberculosis son 368, en el sector público.



### **5.3 Porcentaje de adultos y niños recientemente incluidos en la atención de la infección por el VIH, que han iniciado terapia preventiva con Isoniacida (TPI) (UA 2011 #E3)**

Asegurar que individuos con VIH elegibles están recibiendo tratamiento por infección de TB latente y de este modo reducir la incidencia de TB en gente con VIH.

#### *Análisis del indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país.

### **5.4 Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH que se sometieron a tamizaje de la tuberculosis durante la última visita (UA 2011 #E4)**

Este es un indicador de proceso de una actividad destinada a reducir el impacto de la TB entre las personas que viven con VIH. Se demostrará el nivel de implementación de la recomendación para que las personas que viven con VIH sean chequeadas de TB en visitas de diagnóstico y seguimiento utilizando la última visita como indicador de medida.

#### *Análisis del indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país.

#### *Aportaciones de las OSC*

En esta sección no hubo comentarios de las OSC.

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

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

A medida que continúa la ampliación de la respuesta nacional e internacional al sida, es cada vez más importante efectuar un seguimiento detallado de: (i) la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional y (ii) dónde se originan los fondos.

Los datos se utilizan para medir los gastos anuales relacionados con el VIH a nivel internacional, un elemento importante del seguimiento de la Declaración Política de 2011 sobre el VIH/SIDA. Asimismo, ayudan a los responsables nacionales de la toma de decisiones a efectuar el seguimiento del alcance y la eficacia de sus programas. Cuando se agrupan entre muchos países, los datos también ayudan a la comunidad internacional a evaluar el estado de la respuesta mundial. Este elemento de información estratégica apoya el papel coordinador de la autoridad nacional del SIDA de cada país y proporciona la base para la asignación de recursos y los procesos de planificación estratégica mejorada.

Puesto que los diferentes países pueden elegir diferentes metodologías e instrumentos para efectuar el seguimiento del flujo de fondos para el sida (p. ej., Medición del Gasto Nacional en SIDA “MEGAS”, subcuentas del SIDA de las Cuentas Nacionales de Salud y Encuestas de Flujos de Recursos), la Matriz de Financiación Nacional incluye una hoja de cálculo para introducir, comprobar y presentar fácilmente los datos financieros procedentes de estas tres metodologías.

Para consultar esta matriz, ver anexo II.

## **Objetivo 7: Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo.**

### **7.1 Instrumento de observación de los compromisos y políticas nacionales (prevención, tratamiento, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, cuestiones de género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación y Monitoreo y Evaluación).**

Este indicador sigue los progresos realizados en el desarrollo y aplicación de las políticas, estrategias y leyes sobre el VIH/SIDA a nivel nacional, para lograr una respuesta efectiva al VIH. Se divide en dos secciones, la parte A que recaba información de los funcionarios del gobierno (en este caso del CENSIDA) y la parte B para profundizar en la experiencia vivida de las organizaciones de la sociedad civil y organismos de las Naciones Unidas.

Para consultar este cuestionario, ver anexo III.

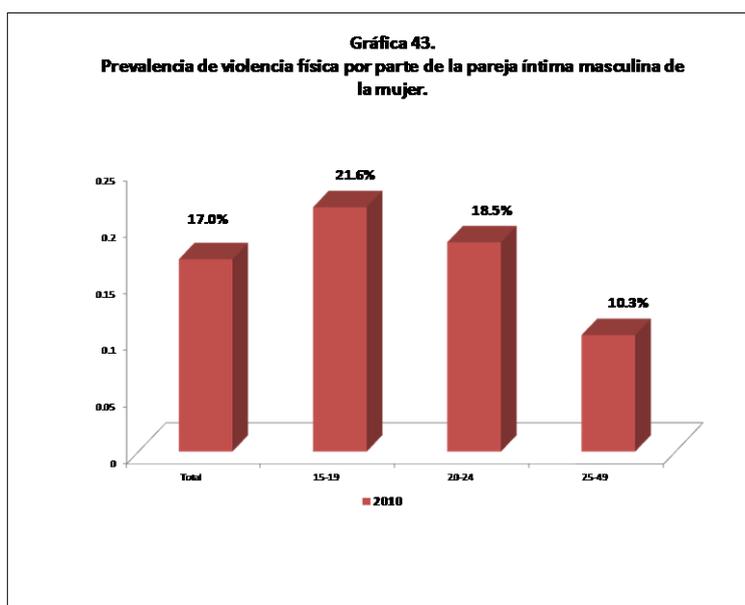
## 7.2 Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente.

A nivel mundial, y en particular en el África subsahariana, los altos índices observados de la infección por el VIH entre las mujeres ha situado en el foco de atención el problema de la violencia contra las mujeres. Cada vez se reconoce más que el riesgo que corren las mujeres y las niñas y su vulnerabilidad con respecto a la infección de VIH está marcado por las arraigadas y dominantes desigualdades de género, y en especial por la violencia contra ellas.

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

### *Análisis del Indicador*

Este indicador se obtuvo de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH 2006). Los resultados muestran que, 2 de cada 10 mujeres entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, declararon haber experimentado violencia física por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses. Este indicador se mantiene igual en las mujeres de 15-19 y 20-24, pero se reduce a una de cada diez en las mujeres de 25-49 años.



### *Aportaciones de las OSC*

Las organizaciones de la sociedad civil consideraron que la estimación del 17% de violencia física contra las mujeres parece muy baja. Manifestaron su preocupación respecto a la información obtenida por la encuesta del Instituto de Salud Pública pues consideran que no es completa. La organización Balance señaló que de acuerdo con la Encuesta Nacional Sobre Violencia contra las

Mujeres (ENVIM) en 2003, el 9.8% de las mujeres sufre violencia física de la pareja actual y el 7% violencia sexual. También, plantearon que los programas de prevención deben incluir el trabajo en el marco de la violencia, si se considera ésta como un factor importante en la adquisición del VIH. Por otra parte, se les hizo del conocimiento a las organizaciones que el porcentaje que se reporta corresponde sólo a un rubro de violencia (la física o sexual) y que si se tomaran en cuenta todos los tipos de violencia ejercida por la pareja íntima que las mujeres reportar el porcentaje puede elevarse considerablemente. Derivado de ello, las organizaciones propusieron que se incorporen los datos de la primera encuesta nacional de discriminación donde se incluye la violencia de género como el tipo de violencia principal.

### **7.3 Asistencia escolar por parte de los huérfanos**

El creciente conocimiento de la epidemia en el mundo ha mostrados que el SIDA está cobrando la vida de adultos, precisamente en el periodo de su vida en el que forman familias y crían a los hijos. Con frecuencia, la orfandad trae consigo prejuicios y una mayor pobreza, factores que pueden reducir aún más la probabilidad de que los niños terminen sus estudios y llevarlos a adoptar estrategias de supervivencia que aumentan su vulnerabilidad al VIH. Por lo tanto, es importante vigilar hasta qué punto los programas de apoyo relacionados con el SIDA garantizan oportunidades educativas para los huérfanos.

#### *Análisis del Indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país.

#### *Aportaciones de las OSC*

Respecto a la problemática de huérfanos y no huérfanos, Fundación Casa Alianza México IAP, refirió que de las niñas, niños y adolescentes que la organización atiende, el 10% corresponde a la población de entre 10 a 14 años, y tiene conocimiento de que esa población en su totalidad se ha inscrito a un sistema escolar, no obstante si existe familia y no sean huérfanos. Lo anterior, no garantiza que realmente exista una red de apoyo que facilite la inserción escolar ya que existen casos donde la familia no ha realizado ni siquiera el registro de su acta de nacimiento.

### **7.4 Apoyo económico externo a los hogares más pobres**

El apoyo económico (centrado en la asistencia social y en la asistencia al sustento) a los hogares pobres y afectados por el VIH sigue siendo una prioridad en muchos programas integrales de apoyo y atención. Este indicador refleja el creciente compromiso internacional con la protección social relacionada con el VIH. Reconoce que el hogar debería ser la unidad de análisis primaria, puesto que muchos servicios de atención y apoyo están dirigidos al nivel del hogar. Sigue siendo una prioridad de desarrollo el realizar un seguimiento de la cobertura de los hogares con huérfanos y con el quintil más pobre.

### *Análisis del Indicador*

Este indicador no se encuentra disponible en el país.

### *Aportaciones generales de Irapuato Vive, A.C.*

- Contemplar un indicador sobre las y los jóvenes que utilizaron preservativo en su última relación penetrativa.
- Los indicadores nos muestran que se está trabajando en la prevención del VIH entre la población mayormente afectada.
- Debemos preparar un análisis cualitativo de lo que nos dicen los indicadores a efecto de poder contar con un insumo que nos permita tener mayor claridad sobre el comportamiento de la epidemia, que sirva de insumo para el establecimiento de estrategias y reforzamiento de las que está surtiendo efecto.
- Finalmente, aunque los indicadores nos muestran que se está trabajando en la atención y prevención del VIH, consideramos importante consolidar los esfuerzos y apostar a las iniciativas que nos permitan llegar a donde más falta hace intervenir en la población, como ejemplo las personas y niños de la calle.

## **IV. PRACTICAS ÓPTIMAS**

Las prácticas óptimas que se identifican en la respuesta nacional a la epidemia, se relacionan, en materia de prevención, con un mayor impulso, definición y dirección de la prevención focalizada a las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad (MARPs):

- Continuidad del acceso universal a tratamiento antirretroviral a personas sin seguridad social mediante el Seguro Popular. Actualmente también se financian mediante este mecanismo pruebas de monitoreo de linfocitos CD4, carga viral; y genotipo
- Sostenibilidad y ampliación de temas en las convocatorias para financiar, desde el gobierno federal, a través del CENSIDA/Programa Nacional, acciones de prevención en población clave, operadas por las OSCs
- automatización del proceso de estas convocatorias en un sistema en línea adaptado para este fin;
- el primer año de implementación del financiamiento del Fondo Mundial Ronda 9, que se dirige principalmente a HSH, HTS y UDI; así como la información de línea base para el seguimiento de metas e indicadores;
- continuidad a los eventos y campañas contra homofobia, el estigma y la discriminación asociadas al VIH;
- distribución de condones, con énfasis en poblaciones clave, y
- desarrollo del Plan de Acción para la eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita (2010-2011) que plantea la oferta sistemática de pruebas de detección y acceso oportuno a tratamiento integral para la mujer, su hijo y su pareja, con el cual se busca la universalización de

las pruebas de detección de VIH y de sífilis a mujeres embarazadas para brindar tratamiento y evitar la transmisión a los futuros recién nacidos.

En materia de atención, se consideran los siguientes avances:

- Se mantiene el acceso universal a tratamiento ARV para personas sin seguridad social mediante el Seguro Popular;
- La gratuidad en las pruebas de monitoreo (CD4 y carga viral) para las personas atendidas por la Secretaría de Salud (desde 2009);
- Los dos puntos anteriores han impactado en la reducción de la mortalidad asociada al VIH en 7.8% de 2008 a 2010, y
- Mejora continua del Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR) que recaba información de las personas con VIH/SIDA que atiende la Secretaría de Salud (SS) y que concentra alrededor del 60% de las personas en TAR

## **V. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTIVAS.**

Dentro de los problemas actuales que enfrenta la epidemia mexicana del VIH/SIDA se encuentran, en el área de prevención, lograr la universalización de la prueba de detección de VIH y sífilis en mujeres embarazadas en todas las instituciones públicas de salud, con el objetivo de identificar a aquellas que presenten ambos padecimientos y proporcionarles el tratamiento oportuno, reduciendo así el riesgo de infección por el VIH en el recién nacido. Dentro de este proceso será relevante poder tener el seguimiento completo de la mujer embarazada desde que se le hizo la prueba de detección rápida, hasta su confirmación; y aspectos de tratamiento.

Asimismo, es necesario incrementar los recursos para la prevención del VIH y darle continuidad a la focalización de la prevención en las poblaciones clave, que permitan un mayor acceso a servicios de prevención para estas poblaciones, lo cual redundará en un mayor número de personas, pertenecientes a poblaciones clave, con comportamientos sexuales protegidos y prácticas de inyección de menor riesgo. El logro de estos objetivos impactará en la disminución de los casos nuevos de infección por VIH y, por ende, en la prevalencia del VIH de estas poblaciones.

La evaluación del impacto de los proyectos de prevención del VIH en México, principalmente aquellos financiados el gobierno federal, es otro de los retos a resolver próximamente en el país.

La incorporación, cada vez activa, del sector educativo en la prevención del VIH, la implementación de los planes 2009 en todas las escuelas del nivel de educación básico y la generación y apoyo a programas de prevención dirigidos a jóvenes no escolarizados; serán vitales para el cumplimiento de las metas de la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación" aprobada por Ministros de Salud y Ministros de Educación de América Latina y El Caribe en la Ciudad de México en agosto de 2008.

En materia de atención, realizar la detección del VIH y proporcionar tratamiento ARV oportuno, reducirá la brecha entre las personas que se encuentra en tratamiento y aquellas que lo requieren. Asimismo, es necesario monitorear la calidad de la atención, apegada a normas, guías y lineamientos médicos y asegurar espacios de atención libres de estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH y grupos clave. Todo ello, permitirá mayores impactos en la reducción de la mortalidad y mejorará la supervivencia de las personas con VIH, en términos cualitativos y cuantitativos.

## **VI. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS.**

En México, la principal fuente de financiamiento en SIDA son las instituciones del sector público, debido principalmente, al financiamiento del tratamiento ARV. La fuente privada es la segunda fuente de financiamiento. Las aportaciones internacionales siguen siendo marginales al compararlas con las otras dos fuentes, representando menos de un punto porcentual, debido a que México es considerado un país de medianos ingresos.

En este sentido, el apoyo de organismos externos, se ha dirigido históricamente a brindar capacitación y apoyo técnico al país sobre áreas relacionadas con el informe UNGASS-SIDA 2010 (estimaciones epidemiológicas, MEGAS y elaboración del Informe UNGASS-SIDA), así como recursos para la contratación de asesores y la difusión de resultados de los trabajos derivados de las áreas mencionadas.

Específicamente, para la elaboración del presente informe, el país recibió el apoyo del ONUSIDA (Sede en Ginebra, oficina regional y oficina de país) en cuanto a capacitación, apoyo técnico y recursos, para la realización de las estimaciones epidemiológicas 2010, la MEGAS 2008 y 2009 y elaboración del Informe Nacional de Progresos 2012.

## **VII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN**

México cuenta con un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA e ITS, que incluye un Registro Nacional de Casos de SIDA (RNCS), un Registro Nominal de Personas con VIH y un Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Asimismo, cuenta con el Registro de Mortalidad preliminar (Dirección General de Epidemiología DGEPI-SEED) y definitivo (INEGI/SS).

Por otra parte, cada una de las instituciones de salud del sector público, tienen sus propios sistemas de información sobre la entrega servicios e insumos en salud; los cuales incluyen la información que cada institución considera esencial; pero no existe un registro nacional que concentre información básica sobre estos temas para la toma de decisiones desde el Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS. Por esta razón, desde el 2003, el CONASIDA, a través del Comité de Monitoreo y Evaluación, emite anualmente el Boletín del Grupo de Información Sectorial (GIS) en VIH/SIDA e ITS, el cual concentra algunas de las variables e

indicadores, disponibles en los sistemas de las instituciones del sector salud público, que dan cuenta de la respuesta frente a estos padecimientos.<sup>15</sup>

Por otra parte, el trabajo realizado por las organizaciones de la sociedad civil, las cuales cuentan con un trabajo activo y amplia experiencia en prevención de VIH en poblaciones clave, se recupera parcialmente en un sistema de información, que se implementó a partir del 2010 y que recupera lo relativo a los proyectos de prevención que financia el gobierno federal, a través del CENSIDA/Programa Nacional. Sin embargo, es necesario recuperar mayor información del trabajo que realizan estas organizaciones.

Asimismo, existe un registro nacional de personas en tratamiento ARV que por ahora está fraccionado y dividido entre el registro de la seguridad social y el de la asistencia pública. Se ha realizado revisiones para revisar la coherencia de los registros entre sí y se tienen previstas acciones para integrarlos en el futuro; sin embargo, en la actualidad aún no se concreta dicho proyecto.

La situación anterior permitió que, para el presente informe, se realizara el seguimiento de algunos indicadores a nivel nacional, como el del porcentaje de personas en tratamiento ARV; en otros casos que se realizaran estimaciones a partir de fuentes de información disponibles, como el del porcentaje de embarazadas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil; o bien, que se reportaran datos parciales (principalmente de la Secretaría de Salud), tales como la prevalencia de sífilis en embarazadas<sup>16</sup>, TS y HSH, porcentaje de embarazadas con VIH evaluadas para elegibilidad para TAR a través del estadio clínico o prueba de CD4; supervivencia a TAR a un año de inicio y gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH.

Por otra parte, las encuestas nacionales, dirigidas a obtener información sobre la población general, se realizan en forma periódica (generalmente cada 5 años), pero no incluyen la totalidad de la información necesaria para el programa VIH/SIDA en virtud de que, el programa compite con otras necesidades de salud y demográficas; que son consideradas de mayor relevancia. Por esta razón y debido al alto costo que representa incluir preguntas sobre determinado tema, el país no cuenta con toda la información necesaria para reportar los indicadores sobre población general. Lo anterior, también tiene relación con el tipo de epidemia del VIH que México tiene, la cual está concentrada en poblaciones clave.

Sin embargo, en la reciente Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011/2012 (ENSANUT, 2011/2012), se logró incluir un importante número de preguntas relativas a comportamiento sexual y factores de riesgo; así como realizar el trabajo de campo necesario para obtener prevalencia del VIH y otras ITS en población general.

---

<sup>15</sup> Ver boletines en:  
<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html>  
Apartado: **GIS. Grupo de información sectorial**

<sup>16</sup> Este indicador también incluye datos de SEDENA.

Por otra parte, las encuestas serológicas y de comportamiento en poblaciones clave, han sido de vital importancia en el seguimiento de la epidemia nacional. En un primer momento, se realizaron las encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP); que después fueron evolucionando a encuestas centinela y de vigilancia epidemiológica de 2ª generación, hasta llegar a las encuestas de comportamiento, algunas de ellas, ligadas a serología de detección del VIH. Posteriormente, la Secretaría de Salud implementó dos sistemas de monitoreo de pruebas rápidas de detección del VIH en poblaciones vulnerables y embarazadas, que son aplicadas rutinariamente a estas poblaciones, por parte de los Programas Estatales de VIH/SIDA e ITS y recopiladas por el CENSIDA para la conformación de una base de datos.

Éste último esfuerzo permitió el reporte de los indicadores nacionales e internacionales (incluidos los informes UNGASS-SIDA 2010 y 2012) relativos a las poblaciones clave, en los últimos años.

Sin embargo, con el financiamiento del Fondo Mundial, que México obtuvo en Ronda 9, se pudo realizar en el 2011 una encuesta de seroprevalencia en sitios de encuentro de HSH (incluyendo HTS) cuyo objetivo fue conocer las características generales, prácticas sexuales, conocimiento del VIH e ITS, acceso a servicios de salud, estigma y discriminación y estimación de la prevalencia de VIH. Este diagnóstico se aplicó en 24 ciudades, representativas de cinco regiones del país: Norte, Noreste, Sur, Sureste y Centro.<sup>17</sup> Lo anterior, permitió contar con un importante cúmulo de información sobre estas poblaciones.

Finalmente, México es uno de los países pioneros en las medición del gasto en SIDA (MEGAS), antes denominado Cuentas Nacionales en Salud en VIH/SIDA, y cuenta con la serie de datos más larga sobre el particular (1997-2009). Este año, se tiene programado realizar la estimación MEGAS 2010-2011. También, el país tiene experiencia en la aplicación de modelos de costo-efectividad y proyección de necesidad de recursos, tales como el modelo START (antes modelo ABC), el modelo GOALS y el modelo de recursos necesarios; lo que le ha permitido definir las brechas existentes entre lo que se gasta y lo que se requiere; así como identificar las mejores elecciones de optimización de los recursos.

---

<sup>17</sup> Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M., Conde C. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de HSH. SS/Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Enero, 2012. Pág. Introducción.

## BIBLIOGRAFÍA

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

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

IMSS. Unidades Médicas de Alta Especialidad. Datos al 31 de diciembre de 2011. Cifras preliminares.

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

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

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

ONUSIDA. Spectrum 4.47. Año 2012.

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

Ospina A. y Mendoza J.C. Estudio TRaC: Evaluación de comportamientos de salud sexual y reproductiva de jóvenes de 15-24 años de Chetumal – Segunda Ronda. Realizado por: PSI/México. Financiado por Summit Foundation. México, 2011.

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

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

PEMEX. Informes mensuales de medicina preventiva. Datos al 31 de diciembre de 2011. Cifras preliminares.

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

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

Rivera MP y Regalado H. Medición del Gasto en SIDA en México 2008 y 2009. SS/CENSIDA. México, 2010.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SS/CENSIDA. Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR). Datos a diciembre 2011.

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

SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 31 de diciembre de 2011.

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos al 31 de diciembre 2011. Cifras preliminares.

UNAIDS/WHO, 2010 Global Report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010. Geneva.



## INFORME NACIONAL DE PROGRESOS EN SIDA MÉXICO, 2012

### ANEXO I

#### Fichas técnicas de los indicadores

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)

Marzo, 2012

**INFORME NACIONAL DE AVANCES EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA**  
**Listado de Indicadores**

No.	Nombre	Disponibilidad
1.1	Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	No disponible
1.2	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	7.1%
1.3	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses	8.5%
1.4	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	19.6%
1.5	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	No disponible
1.6	Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH	No aplica
1.7	Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención	59.7%
1.8	Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	HTS (59.8%) y MTS (65.2%)
1.9	Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	HTS (58.8%)
1.10	Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH	HTS (18.2%) y MTS (0.6%)
1.11	Porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH	40.7%
1.12	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	73.2%
1.13	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	43.4%
1.14	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH	17.0%
1.15	Porcentaje de establecimientos de salud que realiza Prueba y Consejería de VIH	44.82%
1.16	Número de mujeres y hombres de 15 años o más que se realizaron la prueba del VIH y recibieron consejería en los últimos 12 meses y conocen el resultado	No disponible
1.17	Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que se realizan la prueba de detección de sífilis durante la primera visita a atención prenatal en los últimos 12 meses	No disponible
1.17.1	Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que fueron positivas para sífilis	0.17% (2010)
1.17.2	Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal para sífilis que recibieron tratamiento	No disponible
1.17.3	Porcentaje de trabajadores sexuales (TS) con sífilis activa	2.08% (2011)
1.17.4	Porcentaje de hombres que tienen sexo con otro hombres (TS) con sífilis activa	14.6%

**Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA, México 2012**

No.	Nombre	Disponibilidad
2.1	Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año	7 jeringas por UDI al año
2.2	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	39.6%
2.3	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	39.7% (UNGASS 2010)
2.4	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	35.4%
2.5	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH	7.02%
2.6	Número estimado de personas en terapia de sustitución de opiáceos (inyectores y no inyectores).	Parcialmente respondido Usuarios de opiáceos (106,939)  Personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (ND)
2.7	Número de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringa y de terapia de sustitución	28 (Programas Intercambio Jeringas)  9 (Sitios de Terpia de Sustitución)
3.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil	43.2%
3.2	Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	No disponible
3.3	Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses	12.9%
3.4	Porcentaje de mujeres embarazadas que conocen su estado de VIH (se han realizado la prueba del VIH y han recibido su resultado -durante el embarazo, durante el parto o durante el periodo de post parto (<72 horas), incluyendo aquellas con conocimiento prev	No disponible
3.5	Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal cuya pareja masculina se realizó la prueba de VIH (UA 2011 #6)	No disponible
3.6	Porcentaje de embarazadas con VIH que son elegibles para tratamiento antirretroviral a través del estadio clínico o prueba de CD4 (UA 2011 #7)	No disponible
3.7	Porcentaje de bebés nacidos de madres con VIH que están recibiendo profilaxis antirretroviral para la reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas (es decir, transmisión durante el puerperio alrededor de las 6 semana	No disponible
3.8	Porcentaje de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que reciben antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante el periodo de lactancia materna	No disponible
3.9	Porcentaje de niños <12 meses nacidos de mujeres con VIH que comenzaron la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol en el plazo de 2 meses después del nacimiento (UA 2011 #10)	No disponible
3.10	Distribución de prácticas de alimentación (lactancia materna exclusiva, alimentación de sustitución /sucedáneos de leche, alimentación mixta u otras) en niños < 12 meses nacidos de mujeres con VIH en el momento de vacunación DTP3 (UA 2011 #12)	No disponible
3.11	Número de mujeres que acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el periodo de notificación	1,807,955
3.12.1	Número de establecimientos de salud que ofrecen servicios de atención prenatal	15,101
3.12.2	Número de establecimientos de salud que proveen atención prenatal y también prueba y consejería del VIH a la mujer embarazada (UA 2011 #2b)	Disponible, no esta en la plantilla de captura, si en la guía
3.12.3	Número de establecimientos de atención prenatal que realizan pruebas de VIH y proporcionan antirretrovirales in situ para la prevención de la transmisión maternoinfantil (UA 2011 #12C)	368
3.12.4	Número de establecimientos de salud que prestan servicios de atención prenatal que también proporcionan pruebas de CD4 en el sitio, o tiene un sistema para recoger y transportar muestras de sangre para las pruebas de CD4 de mujeres embarazadas infectadas	368
3.12.5	Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico (#13)	368
3.12.6	Porcentaje de establecimientos de salud que proporcionen servicios de prueba virológica (ej. reacción en cadena de la polimerasa - PCR) para el diagnóstico in situ de VIH en niños <12 meses o a través de gota de sangre seca (#14)	100.0%

**Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA, México 2012**

No.	Nombre	Disponibilidad
4.1	Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral	85.1%
4.1.1	Número de adultos y niños elegibles que han comenzado tratamiento antirretroviral durante el período de notificación (2011) (UA 2011 G2b)	15,451
4.2	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral	87.9%
4.2.1	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 24 meses después de empezar la terapia antirretroviral	No disponible
4.2.2	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 60 meses después de empezar la terapia antirretroviral	No disponible
4.3	Número de establecimientos de salud que ofrece TAR (#G1)	368
4.4	Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en los 12 últimos meses	18.2%
4.6	Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH y elegibles para la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol (CTX) (según las directrices nacionales) que en la actualidad reciben profilaxis con Trimetoprim sulfametoxaz	No disponible
5.1	Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	48.2%
5.2	Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de TAR para las personas que viven con el VIH con prácticas demostrables de control de infecciones que incluyen control de la tuberculosis (UA 2011 #E1)	368
5.3	Porcentaje de adultos y niños recientemente incluidos en la atención de la infección por el VIH, que han iniciado terapia preventiva con Isoniacida (TPI) (UA 2011 #E3)	No disponible
5.4	Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH que se sometieron a tamizaje de la tuberculosis durante la última visita (UA 2011 #E4)	No disponible
6.1	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación	Ver anexo II
7.1	Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN) Parte A y B	Ver anexo III
7.2	Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses	17.0%
7.3	Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad)	No disponible
.	Indicadores OPS/OMS	Ver anexo IV

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

1.2 Relaciones sexuales antes de los 15 años		Total: Hombres y Mujeres	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20- 24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20- 24
<b>Numerador:</b>	Número de mujeres y hombres de 15-24 años que han tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15	1,546,368	1023413	604,152	158,442	522,955	280,566	82,824
<b>Denominador:</b>	Número total de entrevistados de 15 a 24 años	21,875,332	10794643	6,387,387	4,407,256	11,080,689	6,189,516	4,891,173
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de mujeres y hombres de 15-24 años que han tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15	7.1%	9.5%	9.5%	3.6%	4.7%	4.5%	1.7%

- Nota:** La diferencia entre la suma de las edades y el total de los jóvenes se explica por los casos perdidos en la variable.
- Qué mide** Los progresos realizados para aumentar la edad en la que las mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años mantienen su primera relación sexual.
- Numerador:** Número de mujeres y hombres de 15-24 años que han tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15
- Denominador:** Número total de entrevistados de 15 a 24 años
- Cálculo** Numerador / Denominador \* 100
- Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Entrevistas de carácter demográfico (EDS, EIS, MICS u otra encuesta representativa). Se pregunta a los entrevistados si han tenido alguna vez relaciones sexuales. Si la respuesta es afirmativa, se les pregunta: ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual
- Frecuencia de Medición:** 3-5 años
- Desglose:** Sexo - Edad(15-19/20-24)
- Metodología de cálculo utilizada por México:** Se utilizó la Encuesta Nacional de Juventud 2010, que se basa en la población 12-29 años. La encuesta generó información sobre la población joven del país a partir de una muestra conformada por residentes de las viviendas que, al momento de la encuesta,
- Fuente del indicador reportado por México:** Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de la Juventud 2010, <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/descargas.php>
- Observaciones:**

**INDICADOR No. 1.3**  
**Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses**

Relaciones sexuales con múltiples parejas		Todos 15-49	Valores desagregados				
			Sexo		Edad		
			Hombres	Mujeres	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Hombres 25-49
<b>Numerador:</b>	Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	ND	107	ND	ND	9	98
<b>Denominador:</b>	Número total de entrevistados de 15 a 49 años de edad	ND	1264	ND	ND	147	1117
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de entrevistados de 15 a 49 años de edad que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	ND	8.47%	ND	ND	6.12%	8.77%

**Nota:** ND = No disponible

**Qué mide** El progreso en la reducción del porcentaje de personas que tienen relaciones sexuales con múltiples parejas.

**Numerador:** Número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses

**Denominador:** Número total de entrevistados de 15 a 49 años de edad

**Cálculo** Numerador / Denominador \* 100

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas) Se obtienen datos sobre el historial de la vida sexual de los entrevistados. El análisis de dichos historiales sexuales se emplea para determinar si el entrevistado ha tenido más de una pareja en el periodo de los últimos doce meses.

**Frecuencia de Medición:** Cada 3 a 5 años.

**Desglose:** Sexo; Edad (15-19, 20-24 y 25-49)

**Metodología de cálculo utilizada por México:** El numerador se obtuvo incluyendo a quienes declararon haber tenido más de una pareja sexual en los últimos doce meses. El denominador lo integran el total de encuestados de 20 a 49 años.

**Fuente del indicador reportado por México:** El Colegio de México/Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. México.

**Observaciones:**

## INDICADOR No. 1.4

Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual

Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual		Todos 15-49	Valores desagregados				
			Sexo		Edad		
			Hombres	Mujeres	15-19	20-24	25-49
<b>Numerador:</b>	Número de encuestados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que también declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	ND	21	ND	ND	7	14
<b>Denominador:</b>	Número de encuestados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses	ND	107	ND	ND	9	98
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de encuestados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que también declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	ND	19.63%	ND	ND	77.78%	14.29%

**Nota:** ND = No disponible

**Qué mide** Los progresos realizados para prevenir la exposición al VIH a través de las relaciones sexuales sin protección entre personas que tienen múltiples parejas sexuales

**Numerador:** Número de encuestados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que también declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual

**Denominador:** Número de encuestados de 15 a 49 años de edad que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses

**Cálculo** Numerador / Denominador \* 100

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Encuestas de base demográfica (Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta de los Indicadores del sida, Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otras encuestas representativas) Se obtienen datos sobre la vida sexual de los entrevistados. El análisis de dichos historiales sexuales se emplea para determinar si el entrevistado ha tenido más de una pareja en el periodo de los últimos doce meses y si, en tal caso, el entrevistado usó preservativo en su última relación sexual.

**Frecuencia de Medición:** De 3 a 5 años

**Desalose:**

**Metodología de cálculo utilizada por México:** El numerador se obtuvo contabilizando a quienes declararon haber utilizado preservativo en la última relación sexual para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual, o bien declararon usar el preservativo como método anticonceptivo. El denominador lo integran quienes declararon haber tenido más de una pareja sexual en los últimos doce meses.

**Fuente del indicador reportado por México:** El Colegio de México/Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. México.

**Observaciones:**

## INDICADOR 1.7

## Porcentaje de trabajadoras/es sexuales que han llegado a programas de prevención del VIH

1.7 Porcentaje de trabajadoras/es sexuales (TS) que han llegado a programas de prevención		Todos	Varones	Mujeres	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de profesionales del sexo que respondieron "sí" a las dos preguntas.	8,525	550	7,975	2,332	6,193
<b>Denominador:</b>	Número total de profesionales del sexo entrevistados	14,290	1,636	12,654	4,829	9,461
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH	59.66%	33.62%	63.02%	48.29%	65.46%

**Nota:**

**Qué mide:** Los logros realizados respecto a la implementación de elementos básicos de programas de prevención del VIH dirigidos a los profesionales del sexo.

**Numerador:** Número de profesionales del sexo que respondieron "sí" a las dos preguntas.

**Denominador:** Número total de profesionales del sexo entrevistados

**Cálculo** Numerador / Denominador

Seguimiento del comportamiento u otras encuestas especiales. Se les preguntó lo siguiente a los profesionales del sexo:

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

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

**Frecuencia de Medición:** Cada 2 años.

**Desglose** Sexo - Edad (<25/25+)

Para el cálculo de estos indicadores, se utilizó la base de datos del sistema denominado Monitoreo de Poblaciones Vulnerables del CENSIDA, el cual agrupa información de un cuestionario aplicado de manera continua a las poblaciones más expuestas. El cuestionario se aplica a estas poblaciones al momento de recibir un servicio (aplicación de la prueba rápida de detección del VIH). Los lugares de toma de muestra y aplicación del cuestionario, pueden ser centros de salud, "picaderos", zonas de tolerancia de trabajo sexual, bares o centros nocturno y servicios de organizaciones no gubernamentales.

**Metodología de cálculo utilizada por México:** El cuestionario aplicado no contiene preguntas idénticas a las solicitadas para la construcción de este indicador, pero sí preguntas similares que reportan el acceso a programas de prevención, de esta manera, en lugar de utilizar las preguntas sugeridas, éstas fueron reemplazadas por preguntas proxys.

La pregunta 1. ¿Sabe a dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH?, fue reemplazada por ¿Sabe usted a dónde acudir para requerir atención y/o tratamiento del VIH?

La pregunta 2. ¿Le han suministrado preservativos en los últimos doce meses (p.ej., a través de un servicio de divulgación, centro de acogida y consulta o dispensario de salud sexual?, fue reemplazada por: En su localidad ¿quién le proporciona condones?, con las opciones de respuesta: Personal de Salud, Amigos y Personal de ONG's.

Para el cálculo del Numerador solo se toma en cuenta trabajadoras/es sexuales que contestan "sí" a las 2 preguntas para 2009-2010, en cuanto al denominador se utiliza el número total de trabajadoras/es sexuales entrevistado durante el mismo periodo.

**Fuente del indicador reportado por México:** SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Base de datos. Datos 2009-2010.

**Observaciones**

INDICADO 1.8

Trabajadores y trabajadoras sexuales que declara haber usado un preservativo con su último cliente

1.8 Trabajadoras/es sexuales: uso del preservativo		Hombres	Hombres <25	Hombres 25+	Mujeres	Mujeres <25	Mujeres 25+
<b>Numerador:</b>	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente	208	115	93	9,816	3,193	6,623
<b>Denominador:</b>	Número de entrevistados que declara haber mantenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses	348	180	168	15,049	4,884	10,165
<b>Porcentaje ajustado: IC del 95%</b>	Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	59.8%	63.9%	55.4%	65.2%	65.4%	65.2%

1.8 Trabajadoras/es sexuales: uso del preservativo		Total	Hombres	Mujeres	<25	25
<b>Numerador:</b>	Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente	10,024	208	9,816	3,308	6,716
<b>Denominador:</b>	Número de entrevistados que declara haber mantenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses	15,397	348	15,049	5,064	10,333
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	65.1%	59.77%	65.23%	65.32%	65.0%

**Nota:** Las informaciones provienen de dos fuentes referidas más abajo: La 1) para los Hombres y la 2) para las Mujeres.

**Qué mide** Los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH entre profesionales del sexo a través de las relaciones sexuales sin protección con sus clientes

**Numerador:** Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente

**Denominador:** Número de entrevistados que declara haber mantenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses

**Cálculo** Numerador / Denominador \* 100

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales. Se pide a los entrevistados que respondan a la siguiente pregunta: ¿Ha usado preservativo con su cliente más reciente?

Siempre que sea posible, deberían recogerse los datos correspondientes a los profesionales del sexo por medio de las organizaciones de la sociedad civil que han trabajado en el terreno con esta población de manera muy cercana. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

**Frecuencia de Medición:** Bienal.

**Desglose** Sexo - Edad (<25/25+)

**Metodología de cálculo utilizada por México:** **Hombres:** Encuesta transversal a 8,344 hombres que tienen sexo con hombres entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2011. La encuesta se realizó en 23 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se hizo una selección probabilística de sitios de encuentro de cuatro estratos definidos en función de la población estimada y de las posibilidades de hacer prevención en los sitios. Para este indicador, se definió como trabajador sexual a quien refirió en la encuesta que intercambiar sexo por regalos o dinero representaba una fuente estable de ingresos (denominador). El numerador correspondió a individuos que contestaron a la pregunta "al tener sexo con penetración anal con su cliente más reciente, usaron condón": solo yo, solo él o ambos.

## INDICADOR 1.9

## Porcentaje de trabajadores sexuales que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen los resultados

1.9 Pruebas del VIH en Trabajadores Sexuales (HTS)		Total	Hombres	<25	25+	Mujeres
<b>Numerador:</b>	Número de trabajadores sexuales que se sometió a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados		204	98	106	ND
<b>Denominador:</b>	Número de trabajadores sexuales que respondieron a esta pregunta.		347	180	167	ND
<b>Porcentaje: IC del 95%</b>	Porcentaje de trabajadores sexuales que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados		58.79%	54.44%	63.47%	ND

Notas: ND=No disponible

**Qué mide**

Los progresos logrados en la del asesoramiento y las pruebas del VIH entre trabajadoras/es sexuales

**Numerador:**

Número de trabajadores sexuales que se sometió a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados

**Denominador:**

Número de trabajadores sexuales que respondieron a esta pregunta.

**Cálculo**

Numerador / Denominador \* 100

**Método de****Medición propuesta por****ONUSIDA:**

Encuesta de seguimiento del comportamiento u otro tipo de encuestas especiales. Se les pregunta a los profesionales del sexo:

1. ¿Le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses?

Si la respuesta es afirmativa:

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

Siempre que sea posible, los datos de los profesionales del sexo deberán obtenerse por medio de organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los profesionales del sexo y a la información que proporcionan debe ser confidencial.

**Frecuencia de Medición:**

Cada 2 años.

**Desglose**

Sexo - Edad(<25/25+)

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

Encuesta transversal a 8,344 hombres que tienen sexo con hombres entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2011. La encuesta se realizó en 23 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se realizó una selección probabilística de sitios de encuentro de cuatro estratos definidos en función de la población estimada y de las posibilidades de hacer prevención en los sitios. Para este indicador, el denominador son todos los trabajadores sexuales que contestaron la encuesta. El numerador corresponde a aquellos HTS que reportaron haberse hecho la prueba y haber contestado si o no a la pregunta de si recibieron resultados con consejería. Para este indicador, se definió como trabajador sexual a quien reportó en la encuesta que intercambiar sexo por regalos o dinero representaba una fuente estable de ingresos. Los datos presentados en este cuadro se refieren a la muestra de HSH, tomando únicamente a quienes se dedican al trabajo sexual al momento de la entrevista.

**Fuente del indicador reportado por México:**

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

**Observaciones:**

El Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria está financiando un proyecto de prevención en HSH y UDI en 44 ciudades más afectadas por el VIH en 31 de las 32 entidades federtivas del país. Los resultado presentados forman parte las encuestas de vigilancia de comportamiento de la línea basal.

Es necesario comentar que los datos en el cuadro para Hombres Trabajadores Sexuales (HTS) son porcentajes crudos. También, se realizó el cálculo de porcentajes ajustados: 59.32% [IC del 95%: 54.38%-64.28%] para el total de HTS; por edades del 53.68% [IC del 95%: 47.42%-59.95%] y 65.26% [IC del 95%: 58.05%-72.47%] para los <25 y de 25+, respectivamente.

**INDICADOR 1.10**  
La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo

1.10 Porcentaje de trabajadoras/es sexuales que vive con el VIH		Hombre	<25	25+	Mujeres	Mujeres <25	Mujeres 25+
<b>Numerador:</b>	Número de trabajadores sexuales cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo	58	27	31	80	12	68
<b>Denominador:</b>	Número de trabajadores sexuales que se sometieron a la prueba del VIH.	318	169	149	12,654	3,983	8,671
<b>Porcentaje: IC del 95%</b>	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH	18.2%	16.0%	20.8%	0.6%	0.3%	0.8%

**INDICADOR 1.10**  
La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo

1.10 Porcentaje de trabajadoras/es sexuales que vive con el VIH		Todos	Hombre	Mujeres	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de trabajadores sexuales cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo	138	58	80	39	99
<b>Denominador:</b>	Número de trabajadores sexuales que se sometieron a la prueba del VIH.	12,972	318	12,654	4,152	8,820
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH	1.06%	18.24%	0.63%	0.94%	1.12%

**Notas:** Las informaciones provienen de dos fuentes referidas más abajo: La 1) para los Hombres y la 2) para las Mujeres.

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

**Numerador:** Número de trabajadores sexuales cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo

**Denominador:** Número de trabajadores sexuales que se sometieron a la prueba del VIH.

**Cálculo** Numerador / Denominador \* 100

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

**Frecuencia de Medición:** Anual

**Desglose** Sexo - Edad(<25/25+)

**Metodología de cálculo utilizada por México:**  
**Hombres:** Encuesta transversal a 8,344 hombres que tienen sexo con hombres entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2011. La encuesta se realizó en 23 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se realizó una selección probabilística de sitios de encuentro de cuatro estratos definidos en función de la población estimada y de las posibilidades de hacer prevención en los sitios. En esta encuesta se tomó una muestra de sangre a los participantes para la realización de una prueba rápida para la detección de VIH. La prevalencia de VIH se obtuvo a partir del resultado de la prueba (positivo para VIH en prueba rápida) ajustado por la especificidad de la prueba reportada por el proveedor (99.8%) entre los trabajadores sexuales que aceptaron hacerse la prueba de VIH. Para este indicador, se definió como trabajador sexual a quien reportó en la encuesta que intercambiar sexo por regalos o dinero representaba una fuente estable de ingresos. En esta encuesta, 92% de los participantes que contestaron el cuestionario aceptaron hacerse la prueba. Los datos presentados en este cuadro se refieren a la muestra de HSH, tomando únicamente a quienes se dedican al trabajo sexual al momento de la entrevista.  
**Mujeres:** Para el cálculo de este indicador, se utilizó el sistema denominado Monitoreo de Poblaciones Vulnerables del CENSIDA, el cual agrupa información de un cuestionario aplicado de manera continua a las poblaciones más expuestas. En el numerador, se tomaron en cuenta a aquellos cuyo resultado fue positivo en la 1a prueba y positivo en la 2a prueba.  
 En el denominador, sólo se tomaron en cuenta los que aceptaron realizarse la prueba

**Fuente del indicador reportado por México:** 1. Bautista-Arredondo S., Colchero M.A., Sosa-Rubí S.G., Romero M., Conde C. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de HSH. Enero 2012. 2. SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Base de datos. Datos 2009-2010.

**Observaciones:** El Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria está financiando un proyecto de prevención en HSH y UDI en 44 ciudades más afectadas por el VIH en 31 de las 32 entidades federativas del país. Los resultados presentados forman parte las encuestas de vigilancia de comportamiento de la línea basal.  
 Es necesario comentar que los datos en el cuadro para Hombres Trabajadores Sexuales (HTS) son prevalencias crudas. También, se realizó el cálculo de las prevalencias ajustadas: 16.6% [IC del 95%: 12.18%-21.02%] para el total de HTS; por edades del 12.67% [IC del 95%: 7.39%-17.97%] y 20.93% [IC del 95%:13.96%-27.91%] para los <25 y de 25+, respectivamente.

**INDICADOR 1.11**  
**Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres al que llegan los programas de prevención del VIH**

1.11 Porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales (HSH) con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH		Todos	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido "sí" a las 2 preguntas	4,770	914	3,856
<b>Denominador:</b>	Número total de HSH entrevistados	11,718	3,714	8,004
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH	40.71%	24.61%	48.18%

**Nota**

**Qué mide** Los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH entre los HSH

**Numerador:** Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido "sí" a las 2 preguntas

**Denominador:** Número total de HSH entrevistados

**Cálculo** Numerador / Denominador

**Frecuencia de Medición:** Cada 2 años

**Desglose** Edad(<25/25+)

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Encuestas de seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales. Se hacen las siguientes preguntas a los entrevistados:

1. ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba del VIH?
2. ¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses?

Para el cálculo de estos indicadores, se utilizó la base de datos del sistema denominado Monitoreo de Poblaciones Vulnerables del CENSIDA, el cual agrupa información de un cuestionario aplicado de manera continua a las poblaciones más expuestas.

El cuestionario aplicado no contiene preguntas idénticas a las solicitadas para la construcción de este indicador, pero sí preguntas similares que reportan el acceso a programas de prevención, de esta manera, en lugar de utilizar las preguntas sugeridas, éstas fueron reemplazadas por preguntas proxys.

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

La pregunta 1. ¿Sabe a dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH?, fue reemplazada por ¿Sabe usted a dónde acudir para requerir atención y/o tratamiento del VIH?

La pregunta 2. ¿Le han suministrado preservativos en los últimos doce meses (p. ej., a través de un servicio de divulgación, centro de acogida y consulta o dispensario de salud sexual?, fue reemplazada por: En su localidad ¿quién le proporciona condones?

Para el cálculo del Numerador solo se toma en cuenta los HSH que contestan "sí" a las 2 preguntas para 2009-2010, en cuanto al denominador se utiliza el número total de HSH entrevistado durante el mismo periodo.

**Fuente del indicador reportado por México:** SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2009-2010.

**Observaciones**

## INDICADOR 1.12

Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina

1.12 HSH: uso del preservativo		Total	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal.	4971	2,193	2,778
<b>Denominador:</b>	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declararon haber mantenido un coito anal con una pareja masculina en los últimos seis meses.	6,787	3,056	3,731
<b>Porcentaje: IC del 05%</b>	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	73.24%	71.76%	74.46%

**Nota**

**Qué mide:** Los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas.

**Numerador:** Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal.

**Denominador:** Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declararon haber mantenido un coito anal con una pareja masculina en los últimos seis meses.

**Cálculo** Numerador / Denominador

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Encuestas de seguimiento del comportamiento y otras encuestas especiales. En una encuesta del comportamiento de una muestra de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se pregunta a los entrevistados por sus parejas sexuales de los últimos seis

**Frecuencia de Medición:** Bienal.

**Desglose** Edad(<25/25+)

El cálculo de este indicador depende de las siguientes preguntas. Hay una pregunta específica sobre el trabajo realizado se enfocó a conseguir información específica de los lugares más referenciados por miembros de la comunidad, informantes clave y usuarios de los sitios de 22 ciudades: Distrito Federal, Estado de México, Toluca, Guadalajara, Acapulco, Puerto Vallarta, Tijuana, Puebla-Tlaxcala, Cuernavaca, Aguascalientes, León, Juchitán, Campeche, Mérida, Cancún, San Luis Potosí, Matamoros, Mexicali, Monterrey, Reynosa, Xalapa, Veracruz, Toluca y Pachuca. Ciudad Juárez, ...

La muestra en cada ciudad se determinó de acuerdo al tamaño de la población de HSH estimado. Es decir, la muestra total de 8,586 se distribuyó en las 24 ciudades de acuerdo al tamaño de la población de HSH. Del total de HSH entrevistados 318 realizaban trabajo sexual.

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Los datos del cuadro fueron proporcionados por la unidad de gestión del proyecto de referencia y la metodología es un resumen de lo expuesto en el informe "Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de HSH."

Encuesta de vigilancia del comportamiento realizada en sitios de encuentro/reunión de población en estudio. Se le advierte al entrevistado que "¿Aproximadamente hace cuánto tiempo que tuviste tu última relación con penetración anal con un hombre? Fue hace..." al que contesta "Hace seis meses o más" ¿La ÚLTIMA VEZ que tuviste sexo con penetración anal con un hombre, usaron condón tú o él? . Los datos presentados en este cuadro se refieren a la muestra de HSH, sin contar a los que se dedican al trabajo sexual al momento de la entrevista.

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

**Observaciones** El Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria está financiando un proyecto de prevención en HSH y UDI en 44 ciudades más afectadas por el VIH en 31 de las 32 entidades federativas del país. Los resultados presentados forman parte las encuestas de vigilancia de comportamiento de la línea basal.

Es necesario comentar que los datos en el cuadro para HSH se refieren a prevalencias crudas de uso de condón. También, se realizó el cálculo de porcentajes ajustados: 73.01% [IC del 95%: 71.57%-74.47%] para el total de HSH; por edades del 71.19% [IC del 95%: 69.30%-73.09%] y 74.45% [IC del 95%:72.90%-76.01%] para los <25 y de 25+, respectivamente.

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

1.13 pruebas del VIH en HSH		Total	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de hombres que tienen sexo con hombres que se sometió a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.	3,448	1,365	2,083
<b>Denominador:</b>	Número de hombres que tienen sexo con hombres incluidos en la muestra.	7,937	3,595	4,342
<b>Porcentaje: IC del 95%</b>	Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados.	43.44%	37.97%	47.97%

**Notas:**

**Qué mide** Los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH entre los HSH

**Numerador:** Número de hombres que tienen sexo con hombres que se sometió a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.

**Denominador:** Número de hombres que tienen sexo con hombres incluidos en la muestra.

**Cálculo** Numerador / Denominador \* 100

**Método de** Encuestas de vigilancia del comportamiento y otras encuestas especiales. Se les hacen las siguientes preguntas a los encuestados:

**Medición propuesto por ONUSIDA:**

1. ¿Se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa:
2. No quiero saber los resulta de la prueba, pero ¿los conoce usted?

**Frecuencia de** Bienal.

**Medición:**

**Desglose** Sexo - Edad(<25/25+)

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

Encuesta transversal a 8,344 hombres que tienen sexo con hombres entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2011. La encuesta se realizó en 23 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se realizó una selección probabilística de sitios de encuentro de cuatro estratos definidos en función de la población estimada y de las posibilidades de hacer prevención en los sitios. Para este indicador, el denominador son todos los HSH que contestaron la encuesta. El numerador corresponde a aquellos que reportaron haberse hecho la prueba y haber contestado si o no a la pregunta de si recibieron resultados con consejería. Los datos presentados en este cuadro se refieren a la muestra de HSH, sin contar a los que se dedican al trabajo sexual al momento de la entrevista.

**Fuente del indicador reportado por México:**

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

El Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria está financiando un proyecto de prevención en HSH y UDI en 44 ciudades más afectadas por el VIH en 31 de las 32 entidades federtivas del país. Los resultado presentados forman parte las encuestas de vigilancia de comportamiento de la línea basal.

**Observaciones:**

También se realizó el cálculo de porcentajes ajustados: 44.06% [IC del 95%: 42.34%-45.79%] para el total de HSH; por edades del 38.73% [IC del 95%: 36.83%-40.63%] y 48.28% [IC del 95%:45.84%-50.73%] para los <25 y de 25+, respectivamente.

**INDICADOR 1.14**  
**Porcentaje poblaciones más expuestas infectadas por el VIH: Hombres que tienen Sexo con Hombres**

1.14 Hombres que tienen Sexo con Hombres: Reducción de la prevalencia		Todos los HSH	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de HSH que dieron positivo en la prueba del VIH.	1,257	428	829
<b>Denominador:</b>	Número de HSH que se sometió a la prueba del VIH	7,397	3,451	3,946
<b>Porcentaje: IC del 95%</b>	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectadas por el VIH	16.99%	12.40%	21.01%

**Notas:**

**Qué mide** Los progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

**Numerador:** Número de HSH que dieron positivo en la prueba del VIH.

**Denominador:** Número de HSH que se sometió a la prueba del VIH

**Cálculo** Numerador / Denominador \*100

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

**Frecuencia de Medición:** Anual

**Desglose** Edad(<25/25+)

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Encuesta transversal a 8,344 hombres que tienen sexo con hombres entrevistados en lugares de encuentro entre agosto y diciembre del 2011. La encuesta se realizó en 23 ciudades representativas de las 5 regiones del país. El marco muestral para esta encuesta fue la lista de sitios que se obtuvo a partir de un mapeo de los sitios de encuentro construido previo a la encuesta. Se realizó una selección probabilística de sitios de encuentro de cuatro estratos definidos en función de la población estimada y de las posibilidades de hacer prevención en los sitios. En esta encuesta se tomó una muestra de sangre a los participantes para la realización de una prueba rápida para la detección de VIH. La prevalencia de VIH se obtuvo a partir del resultado de la prueba (positivo para VIH en prueba rápida) ajustado por la especificidad de la prueba reportada por el proveedor (99.8%) entre los HSH que aceptaron hacerse la prueba de VIH. En esta encuesta, 92% de los participantes aceptaron hacerse la prueba. Los datos presentados en este cuadro se refieren a la muestra de HSH, sin contar a los que se dedican al trabajo sexual al momento de la entrevista.

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

**Observaciones:**

El Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria está financiando un proyecto de prevención en HSH y UDI en 44 ciudades más afectadas por el VIH en 31 de las 32 entidades federativas del país. Los resultado presentados forman parte las encuestas de vigilancia de comportamiento de la línea basal.

También se realizó el cálculo de las prevalencias ajustadas por especificidad de la prueba: 17.16% [IC del 95%: 15.58%-18.76%] para el total de HSH; por edades del 12.69% [IC del 95%: [11.16%-14.23%] y 20.93% [IC del 95%:45.84%-50.73%] para los <25 y de 25+, respectivamente.

## INDICADOR No.1.15

## Porcentaje de establecimientos de salud que realiza Prueba y Consejería de VIH

Establecimientos de salud que realizan Prueba y Consejería de VIH		2011
<b>Numerador:</b>	Número de establecimientos de salud donde se realiza Prueba y Consejería de VIH.	12,144
<b>Denominador:</b>	Número de establecimientos de salud.	27,094
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de establecimientos de salud donde se realiza Prueba y Consejería de VIH	44.82%

**Notas:**

**Qué mide** Disponibilidad de los servicios de pruebas y consejería en los establecimientos de Salud.

**Numerador:** Número de establecimientos de salud donde se realiza Prueba y Consejería de VIH.

**Denominador:** Número de establecimientos de salud

**Cálculo:** Numerador/Denominador\*100

**Método de** Numerador: Hay dos posibles fuentes de información:

**Frecuencia de Medición:** No especifica.

**Desglose:** Ninguno

Numerador: El número de establecimientos de salud donde se realiza Prueba y Consejería de VIH en el 2010 fueron 67 del ISSSTE, 10,161 de la Secretaría de Salud (64 CAPASITS y 71 SAIS, 9,713 unidades de consulta externa y 312 hospitales). 1,245 del IMSS, 42 de la SEDENA, 36 de SECMAR y 28 de PEMEX dando un total de 11,579 establecimientos de salud donde se realiza Prueba y Consejería del VIH.

En el 2011 el número de unidades médicas fueron 67 del ISSSTE, 10,720 de la Secretaría de Salud (70 CAPASITS y 66 SAIS, 10,584 unidades de consulta externa y hospitales). 1,250 del IMSS, 43 de la SEDENA, 36 del SECMAR y 28 de PEMEX dando un total de 12,144 establecimientos de salud donde se realiza Prueba y Consejería del VIH.

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

El numerador sólo incluye sector público.

Denominador: Se calculó de la base de datos de unidades Médicas SNS, febrero 2012. Se incluye información del sector salud público que, en México, se compone por la Secretaría de Salud, que atiende a población no derechohabiente, y la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA SECMAR), que presta sus servicios a la población derechohabiente.; así como las unidades del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, los Hospitales Universitarios, los Servicios Médicos Estatales y Municipales. También, se incluye información de servicios médicos privados y Cruz Roja.

**Fuente del indicador reportado por México:** Numerador: CONASIDA/Comité de Monitoreo y Evaluación.Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA: SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SECMAR. Datos al 31 de diciembre 2010 y 2011.  
Denominador: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/> Otros Unidades Médicas SNS, enero 2011.

**Observaciones:** En México, la Secretaría de Salud ofrece servicios de detección y consejería voluntaria; mientras que, la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SECMAR), no promueve estrictamente este servicio, sólo lo realiza a solicitud del derechohabiente o por algún requerimiento del proveedor de servicios.

## INDICADOR 1.17.1

## Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que dieron positivo para sífilis

Asistentes a la atención prenatal que fueron positivos para la sífilis		2010			2011		
		Total	15-19 años	20-24 años	Total	15-19 años	20-24 años
<b>Numerador:</b>	Número de asistentes a la atención prenatal que fueron positivos para la sífilis	2,786	ND	ND	1,830	ND	ND
<b>Denominador:</b>	Número de asistentes a la atención prenatal.	1,645,682	ND	ND	1,681,629	ND	ND
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de mujeres que acceden a los servicios de atención prenatal quienes recibieron pruebas para detectar la sífilis en la primera visita de atención prenatal	0.17%	ND	ND	0.11%	ND	ND

**Notas:**

**Qué mide** El porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal con una serología de sífilis positiva

**Numerador:** Número de asistentes a la atención prenatal que fueron positivos para la sífilis

**Denominador:** Número de asistentes a la atención prenatal.

**Cálculo:** Numerador/Denominador\*100

Cómo medir: El positivo en sífilis se puede medir utilizando pruebas no treponémicas (por ejemplo, VDRL o RPR) o pruebas treponémicas (por ejemplo, TPHA, TPPA, EIA o una variedad de pruebas rápidas disponibles) o idealmente con una combinación de ambos. Una prueba no treponémica reactiva, especialmente si el título es > 1:8, sugiere una infección activa, mientras que el resultado positivo en una prueba treponémica indica cualquier infección anterior incluso si se ha tratado con éxito. Para los propósitos de este indicador (que intenta medir la seropositividad), se acepta la notificación de positividad basada en el resultado de una única prueba. Si se dispone de ambos tipos de pruebas para un individuo, el positivo en sífilis debe ser definido como tener un resultado positivo en cualquiera de las pruebas.

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA:**

El uso de pruebas treponémicas rápidas ha permitido realizar pruebas de sífilis en escenarios sin laboratorio, aumentando enormemente el número de mujeres que se puede realizar la prueba y tratar la sífilis durante el embarazo. Los datos se deben recoger anualmente..

Herramientas de medición: Los registros de los programas nacionales agregados por datos de establecimientos de salud, vigilancia centinela y encuestas especiales, uso de pruebas serológicas para detectar anticuerpos reagínicos y treponémicos.

**Frecuencia de Medición:** No específica.

**Desglose:** Por edad: Total, 15-19, 20-24

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Se incluye información de Secretaría de Salud y SEDENA, correspondiente a sus sistemas de información sobre insumos y servicios otorgados.

**Fuente del indicador reportado por México:** CONASIDA/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA. Datos al 31 de diciembre del 2010 y 2011.

**Observaciones:** En México, la Secretaría de Salud y SEDENA atienden alrededor del 55% de la población mexicana.

## INDICADOR 1.17.3

## Porcentaje de trabajadores sexuales (TS) con sífilis activa (UA 2011#F4)

Trabajadores/as sexuales con sífilis activa		Total	Mujeres	Hombres
Numerador:	Número de TS que dieron positivo en las pruebas de sífilis	249	185	64
Denominador:	Número de TS que se realizaron las pruebas de sífilis	11946	10,564	1,382
Porcentaje:	Porcentaje de trabajadores sexuales (TS) con sífilis activa (UA 2011#F4)	2.08%	1.75%	4.63%

**Notas:**

**Qué mide** El progreso en la reducción de conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar

**Numerador:** Número de TS que dieron positivo en las pruebas de sífilis

**Denominador:** Número de TS que se realizaron las pruebas de sífilis.

**Cálculo:** Numerador/Denominador\*100

**Método de  
Medición propuesto  
por ONUSIDA:**

El enfoque tradicional para determinar la prevalencia ha sido el uso de pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (por ejemplo, VDRL o RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (por ejemplo, TPHA, MHATP o una prueba treponémica rápida). Últimamente, las pruebas treponémicas rápidas son más fáciles de usar lo que promueve el uso de estas pruebas en la detección, que idealmente iría emparejada con una prueba no treponémica que detecta anticuerpos reagínicos. Cualquiera que sea el enfoque utilizado, para este indicador se necesita un positivo con una prueba no treponémica Y un positivo con una prueba treponémica para dar un indicador de infección activa. Si se realiza una prueba RPR debería realizarse titulación y ser >1:8 para considerarlo sífilis activa. El uso de una sola prueba no treponémica o una treponémica, aunque es útil en algunas situaciones para propósitos terapéuticos, no es suficientemente específica para la vigilancia de los trabajadores sexuales. Requerir ambas pruebas en los trabajadores sexuales difiere del indicador sobre pruebas de sífilis en mujeres que acuden a atención prenatal porque los trabajadores sexuales tienen más probabilidad de tener un historial de infecciones previas. Una prueba positiva treponémica mide la exposición de por vida, mientras que la prueba no treponémica es un mejor indicador de la infección activa.  
Herramientas de medición: Vigilancia centinela y encuestas especiales (por ejemplo, IBBS, encuestas biológicas y de comportamiento integradas), mediante pruebas basadas en la detección de anticuerpos reagínicos y treponémicos.

**Frecuencia de  
Medición:** No específica.

**Desglose:** Si existen datos disponibles desglosados por sexo o por su contexto urbano/rural, por favor indíquelo en la sección de "Comentarios".

**Metodología de  
cálculo utilizada  
por México:** Se incluye información de Secretaría de Salud, correspondiente a sus servicios especializados que atienden a personas con VIH/SIDA e ITS. En el numerador se incluye el total de detecciones de sífilis realizadas en trabajadores sexuales y en el denominador las detecciones positivas de sífilis en esta población. Se utiliza la información agregada de dos años (2010-2011).

**Fuente del  
indicador reportado  
por México:** SS/DGIS. Sistema de Información en Salud. Datos reportados por los SAES y CAPASITS, al 31 de diciembre del 2010 y 2011.

**Observaciones:** Se incluye información de Secretaría de Salud, correspondiente a sus servicios especializados que atienden a personas con VIH/SIDA e ITS.

**INDICADOR 1.17.4**

**Porcentaje de hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH) con sífilis activa**

HSH con sífilis activa		Total	15-19 años	20-24 años
Numerador:	Número de asistentes a la atención prenatal que fueron positivos para la sífilis	709	ND	ND
Denominador:	Número de asistentes a la atención prenatal.	4864	ND	ND
Porcentaje:	Porcentaje de mujeres que acceden a los servicios de atención prenatal quienes recibieron pruebas para detectar la sífilis en la primera visita de atención prenatal	14.58%	ND	ND

**Notas:**

**Qué mide** El progreso en la reducción de conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar

**Numerador:** Número de HSH que dieron positivo en las pruebas de sífilis

**Denominador:** Número de HSH que se realizaron las pruebas de sífilis.

**Cálculo:** Numerador/Denominador\*100

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA:** El enfoque tradicional para determinar la prevalencia ha sido el uso de pruebas no treponémicas que miden el El uso de una sola prueba no treponémica o una treponémica, aunque es útil en algunas situaciones para propósitos terapéuticos, no es suficientemente específica para la vigilancia de los trabajadores sexuales. Requerir ambas pruebas en los HSH difiere del indicador sobre pruebas de sífilis en mujeres que acuden a atención prenatal porque los HSH tienen más probabilidad de tener un historial de infecciones previas. Una prueba positiva treponémica mide la exposición de por vida, mientras que la prueba no treponémica es un mejor indicador de la infección activa.

**Frecuencia de Desglose:** Herramientas de medición: Vigilancia centinela y encuestas especiales (por ejemplo, IBBS, encuestas No específica.

Por edad: Total, 15-19, 20-24

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Se incluye información de Secretaría de Salud, correspondiente a sus servicios especializados que atienden a personas con VIH/SIDA e ITS. En el numerador se incluye el total de detecciones de sífilis realizadas en HSH y en el denominador las detecciones positivas de sífilis en esta población. Se utiliza la información agregada de dos años (2010-2011).

**Fuente del indicador reportado por México:** SS/DGIS. Sistema de Información en Salud. Datos reportados por los SAES y CAPASITS, al 31 de diciembre del 2010 y 2011.

**Observaciones:** Se incluye información de Secretaría de Salud, correspondiente a sus servicios especializados que atienden a personas con VIH/SIDA e ITS.

## INDICADOR No.2.1

## Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención

Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año		2010	2011
<b>Numerador:</b>	Número de jeringas distribuidas en los últimos doce meses por los programas de agujas y jeringas	236,108	534,573
<b>Numero:</b>	Número de jeringuillas distribuidas por UDI por año en los programas de agujas y jeringas	3	7
<b>Denominador:</b>	Número de usuarios de drogas inyectables en el país.	76,365	77,365

## Notas:

**Qué mide** Los avances hacia la mejora de la cobertura de un servicio indispensable de prevención del VIH para los usuarios de drogas inyectables.

**Numerador:** Número de jeringas distribuidas en los últimos doce meses por los programas de agujas y jeringas

**Denominador:** Número de usuarios de drogas inyectables en el país.

**Cálculo:** Numerador / Denominador

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Datos del programa empleado para contar el número de jeringas distribuidas (numerador). Estimación del número de usuarios de drogas inyectables en el país (denominador).

**Frecuencia de Medición:** Bienal

**Desglose:** Ninguno

Para calcular el número de jeringas distribuidas por UDI, se pide a Programas Estatales para la Prevención y el control del VIH/SIDA y Organismos de la Sociedad Civil que distribuyen jeringas para UDI, reporten el número de jeringas distribuidas gratuitamente a esta población. En ambos casos se diseñó un cuadro específico para recopilación de información que se envió a la instituciones de interés.

**Metodología de cálculo utilizada por México:** De acuerdo con estimaciones la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 realizada por la Secretaría de Salud, a través del Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones, con la participación del Instituto Nacional de Salud Pública, la incidencia acumulada de uso de heroína es del 0.14% en la población de 12 a 65 años de edad del país. Se realizó el procedimiento de estimación de la encuesta con datos del CONAPO. República Mexicana: Población a mitad de año por sexo y edad, 2005-2050 y se estimó una población de UDI para el 2010 y 2011, en población de 12 A 65 años de edad, como lo hace la encuesta de referida. De las cantidades etimadas pra 2010 y 2011, como en años anteriores, se calculó en un 70% el número de UDI.

Las diferencias en número de jeringas entre un año y otro dependen por un lado del presupuesto que los gobiernos federales y estatales pueden dedicar a la compra de jeringas. También depende de los recursos que para este fin organismos civiles invierten de recursos propios o gestionan de otras fuentes. En ambos años el mayor número de jeringas provinieron de organizaciones civiles.

**Fuente del indicador reportado por México:** 1.- Información solicitada a Organismos de la Sociedad Civil con trabajo en drogas inyectables, Programas Estatales para la Prevención y el control del VIH/SIDA.

2.- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México, 2008. Cuadro A59.

3.- CONAPO. República Mexicana: Indicadores demográficos, 2005-2050.

**Observaciones:**

**INDICADOR 2.2**  
**Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual**

2.2 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual		Total	Hombres	Mujeres	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	714	528	184	177	537
<b>Denominador:</b>	Número de usuarios de drogas inyectables que declara haberse inyectado droga y haber mantenido relaciones sexuales durante el último mes.	1,804	1,234	551	470	1,334
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	39.58%	42.79%	33.39%	37.66%	40.25%

**Notas:** Se desconoce el sexo de 2 UDIs en el denominador y de 19 en el denominador.

**Qué mide:** Los progresos logrados en la prevención de la transmisión sexual del VIH entre los usuarios de drogas inyectables

**Numerador:** Número de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual

**Denominador:** Número de usuarios de drogas inyectables que declara haberse inyectado droga y haber mantenido relaciones sexuales durante el último mes.

**Cálculo** Numerador / Denominador \* 100

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA:** Se pide a los usuarios de drogas inyectables que respondan a las siguientes preguntas:  
 1. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez durante el último mes?  
 2. Si la respuesta es afirmativa: ¿Ha mantenido relaciones sexuales el último mes?  
 3. Si la respuesta a las preguntas 1 y 2 es "sí": ¿Utilizó usted un preservativo en su última relación sexual?  
 Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los usuarios de drogas inyectables a través de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población. El acceso a los entrevistados y a la información que proporcionen debe ser confidencial.

**Frecuencia de Medición:** Bienal.

**Desglose** Sexo, Edad(<25/25+)

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Para el cálculo de este indicador, se utilizó el sistema denominado Monitoreo de Poblaciones Vulnerables del CENSIDA, el cual agrupa información de un cuestionario aplicado de manera continua a las poblaciones más expuestas. El cuestionario contiene variables que permiten el conocimiento sobre uso del preservativo tanto en coito anal como vaginal de la población UDI. La información se obtuvo con el uso de las siguientes variables: 1) Uso del condón en última relación anal o vaginal. 2) En el último mes se inyectó drogas con agujas o jeringas que alguien más había usado o la última vez que se inyectó droga si utilizó agujas o jeringas que alguien más había usado antes. En el denominador, se asume que todos los entrevistados tuvieron al menos un coito anal o vaginal en los últimos 6 meses.

**Fuente del indicador reportado por México:** SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2009-2010.

**Observaciones:**

**INDICADOR No. 2.3**  
**Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó**

Consumidores de drogas inyectables: prácticas de inyección seguras		Total	Varones	Mujeres	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de entrevistados que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó drogas	1091	827	264	340	751
<b>Denominador:</b>	Número de entrevistados que declara haberse inyectado drogas durante el último mes	2748	2136	612	847	1901
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	39.70%	38.72%	43.14%	40.14%	39.51%

**Notas:**

**Qué mide:** Los progresos realizados en la prevención de la transmisión del VIH relacionada con el uso de drogas inyectables.

**Numerador:** Número de entrevistados que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó drogas

**Denominador:** Número de entrevistados que declara haberse inyectado drogas durante el último mes

**Cálculo** Numerador / Denominador \* 100

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA:** Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas Especiales. Se pide a los entrevistados que respondan las siguientes preguntas:

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

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

**Frecuencia de Medición:** Bienal

**Desglose** Sexo, Edad(<25/25+)

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Para el cálculo de este indicador, se utilizó el sistema denominado Monitoreo de Poblaciones Vulnerables del CENSIDA, el cual agrupa información de un cuestionario aplicado de manera continua a las poblaciones más expuestas. Dado que el cuestionario no contiene la pregunta idéntica a la sugerida, esta se reemplazó por una pregunta proxy.

En la construcción de este indicador, se tomó el dato de aquellos usuarios que contestaron que durante la última vez que se inyectaron, no utilizaron agujas que alguien más había usado antes, asumiendo entonces que se trataba de equipo nuevo o que al menos era equipo que había sido sólo usado por el usuario.

**Fuente del indicador reportado por México:** SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2008 y 2009

**Observaciones:**

## INDICADOR 2.4

## Porcentaje de de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados

Pruebas del VIH en los usuarios de drogas inyectables		2010				
		Todos	Varones	Mujeres	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de usuarios de drogas inyectables que se sometió a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados	75	71	4	30	45
<b>Denominador:</b>	Número de usuarios de drogas inyectables que respondieron a esta pregunta.	212	205	7	88	124
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados	35.38%	34.63%	57.14%	34.09%	36.29%

**Notas:****Qué mide**

Los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH a usuarios de drogas inyectables.

**Numerador:**

Número de usuarios de drogas inyectables que se sometió a la prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce sus resultados

**Denominador:**

Número de usuarios de drogas inyectables que respondieron a esta pregunta.

**Cálculo:**

Numerador / Denominador\*100

Encuestas de vigilancia del comportamiento u otras encuestas especiales.

Se les pregunta lo siguiente a los encuestados:

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

Si la respuesta es afirmativa:

2. No quiero conocer los resultados, pero ¿recibió los resultados de esa prueba?

**Método de****Medición  
propuesto por  
ONUSIDA:**

Siempre que sea posible, se deben recopilar los datos de los usuarios de drogas inyectables a través de las organizaciones de la sociedad civil que hayan trabajado estrechamente sobre el terreno con esta población.

El acceso a los usuarios de drogas inyectables y a la información que proporcionen debe ser confidencial.

**Frecuencia de  
Medición:**

Bienal

**Desglose:**

Sexo; Edad (<25/25+)

**Metodología de  
cálculo utilizada  
por México:**

Cuestionario cara a cara. Muestreo por conveniencia. Encuesta aplicada en todos los lugares de encuentro de UDIs identificados y entre todos los usuarios presentes al momento de la encuesta. Se encuestaron 212 hombres y mujeres con edades entre 18-50 años y que declararan haber usado alguna droga inyectada al menos una vez en la última semana. Octubre 2010.

Objetivos: Identificar lugares de encuentro de UDIs, medir comportamientos de riesgo al VIH y factores asociados en Hermosillo, Sonora

**Fuente del  
indicador  
reportado por  
México:**

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

**Observaciones:**

PSI. Organizaciones de la sociedad con trabajo estrecho sobre el terreno con esta población que muestra dominio de las metodologías de investigación que utiliza

**INDICADOR 2.5**  
**Prevalencia de VIH entre los usuarios de drogas inyectables.**

Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH		Total	Hombres	Mujeres	<25	25+
<b>Numerador:</b>	Número de usuarios de drogas inyectables cuyo resultado de la prueba del VIH fue positivo	159	67	49	42	117
<b>Denominador:</b>	Número de usuarios de drogas inyectables que se sometió a la prueba del VIH.	2,264	1,037	590	608	1,656
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH	7.02%	6.46%	8.31%	6.91%	7.07%

**Notas:** Hay una diferencia entre el total de UDI y el análisis por sexo que se explica porque personas de esta población no contestan la

**Qué mide:** Los progresos realizados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.

**Numerador:** Número de usuarios de drogas inyectables cuyo resultado de la prueba del VIH fue positivo

**Denominador:** Número de usuarios de drogas inyectables que se sometió a la prueba del VIH.

**Cálculo** Numerador / Denominador \* 100

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA:** Grupo de trabajo de la OMS/ONUSIDA sobre el seguimiento a nivel mundial del VIH/sida y las IST: Directrices para realizar un seguimiento de las poblaciones con mayor riesgo de contraer el VIH (OMS/ONUSIDA, 2011).

Este indicador se calcula utilizando los datos de las pruebas del VIH realizadas a los miembros de grupos de poblaciones más expuestas en el o los principales centros centinela.

Los centros de vigilancia centinela utilizados para el cálculo de este indicador deben permanecer constantes para permitir el seguimiento de los cambios con el transcurso del tiempo.

**Frecuencia de Medición:** Anual

**Desglose** Sexo, Edad(<25/25+)

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Para el cálculo de este indicador, se utilizó el sistema denominado Monitoreo de Poblaciones Vulnerables del CENSIDA, el cual agrupa información de un cuestionario aplicado de manera continua a las poblaciones más expuestas. En el numerador, se tomaron en cuenta a aquellos cuyo resultado fue positivo en la 1a prueba y positivo en la 2a prueba.

**Fuente del** SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2009-2010.

**Observaciones:**

## INDICADOR No.2.6

## Número estimado de personas en terapia de sustitución de opiáceos (inyectores y no inyectores)

Número estimado de usuarios de opiáceos (inyectores y no inyectores).	106,939
Número estimado de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (siglas en inglés OST) (UA 2011 #C3)	ND

<b>Notas:</b>	ND= No disponible
<b>Qué mide</b>	El compromiso nacional y el progreso hacia el tratamiento de la dependencia de opiáceos y la reducción de las probabilidades de transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas.
<b>Numerador:</b>	ND
<b>Denominador:</b>	ND
<b>Cálculo:</b>	ND
<b>Método de Medición propuesta por ONUSIDA:</b>	Datos de programa.
<b>Frecuencia de Medición:</b>	No establecida
<b>Desglose:</b>	Unidades administrativas; Urbano, rural
<b>Metodología de cálculo utilizada por México:</b>	<p>La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA 2008) es una encuesta de hogares con representatividad nacional y estatal, en la que se encuentran representadas poblaciones rurales –aquellas con un número de habitantes menor o igual a 2 500– y urbanas –aquellas con más de 2 500 habitantes–. La selección de las unidades muestrales se realizó en múltiples etapas: áreas geoestadísticas básicas (AGEB), manzanas o segmentos, viviendas y, finalmente, personas dentro de los hogares. La selección de viviendas se hizo a partir de los croquis y listados elaborados en campo usando una técnica de muestreo aleatorio sistemático.</p> <p>Los datos que se presentan son las expansiones hacia la población publicados en la encuesta.</p>
<b>Fuente del indicador reportado por México:</b>	<p>Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2008 México, 2008. Cuadro A26.</p> <p>2.- Para “Número estimado de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (siglas en inglés OST) (UA 2011 #C3)” no está disponible</p>
<b>Observaciones:</b>	En la encuesta se considera como opiáceos a las sustancias derivadas de opio entre las que se encuentran medicamentos de uso controlado y drogas de uso ilegal como la heroína. Los datos de la fuente de referencia por un lado estiman prevalencia acumulada de heroína opio (106939) y de opiáceos (107000), por otro, como cantidades independientes, donde lo opiáceos son sustancias de uso legal controlado. Los opiáceos pueden ser usados por usuario de heroína, por ejemplo, como sucedáneos temporales o como consumo paralelo al de heroína.

**INDICADOR No.2.7**  
**Número de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringa y de terapia de sustitución**

Número servicios con programas de intercambio de agujas y jeringa (NSP).	28
Número sitios de terapia de sustitución (OST).	9

**Notas:**

**Qué mide** Número de puntos del NSP (incluidos los puntos en las farmacias que proporcionan agujas y jeringas sin costo alguno). Disponibilidad de los centros que pueden proporcionar agujas y jeringas limpias a los consumidores de drogas Inyectables y sitios de sustitución.

**Numerador:** Número servicios con programas de intercambio de agujas y jeringa (NSP).

Número sitios de terapia de sustitución (OST).

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Datos de programa.

**Frecuencia de Medición:** No establecida

**Desglose:** Ninguno

**Metodología de cálculo Fuente del indicador** Mediante un formato de excel, se solicitó por escrito a organismos de la sociedad 1.- NSP: Organizaciones de la sociedad civil con trabajo en UDI; Clínicas de

Los programas de NSP se refieren a cualquier programa que ofrece acceso a equipos limpios de inyección y a una eliminación segura de los mismo, a través de programas de intercambio fijos o móviles o por medio de las farmacias donde se proporcionan los equipos de forma gratuita. En el 2011 se distribuyeron 92,070 jeringas del proyecto del Fondo Mundial en México Ronda 9.

**Observaciones:**

## INDICADOR No. 3.1

## Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil

Prevención de la transmisión maternoinfantil		2011
<b>Numerador:</b>	Número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	547
<b>Denominador:</b>	Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos doce meses	1,267
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil	43.2%

Desglose para el numerador		2011
Dosis única de nevirapina		
AZT a la madre		
Terapia triple antirretroviral Opción B		
Tratamiento antirretroviral para embarazadas con VIH elegibles para tratamiento		547
Otro basado en guías de OMS 2006 (por favor, especifique en la sección de "Comentarios")		

**Notas:**

**Qué mide** Los progresos logrados en la prevención de la transmisión maternoinfantil mediante el suministro de medicamentos antirretrovirales. Este es uno de los cuatro métodos principales de prevención de la transmisión maternoinfantil, junto con la prevención primaria del VIH entre las mujeres de edad fértil, la prevención de los embarazos no deseados entre las mujeres que viven con el VIH y el tratamiento, la atención y el apoyo apropiados para las madres que viven con el VIH.

**Numerador:** Número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil

**Denominador:** Número estimado de embarazadas seropositivas en los últimos doce meses.

**Cálculo:** Numerador / Denominador \*100

**Frecuencia de Medición:** Al menos una vez al año, dependiendo de las necesidades de vigilancia del país.

El numerador debería desglosarse en las cuatro categorías generales que se describen a continuación:

Número de embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil. Aclaración sobre el numerador. El numerador debería desglosarse en las cuatro opciones generales (las tres primeras son recomendadas) que pueden recibir las embarazadas seropositivas para prevenir la transmisión maternoinfantil:

a) terapia antirretroviral para embarazadas seropositivas que reúnen los criterios necesarios para recibir el tratamiento. Régimen antirretroviral triple empleado principalmente para mejorar la salud de la madre y también para reprimir totalmente la replicación del virus antes y durante el alumbramiento y el postparto. Se da como terapia de por vida a la madre, con el beneficio adicional de reducir la transmisión maternoinfantil durante el embarazo y el periodo postparto.

- AZT + 3TC + NVP o
- AZT + 3TC + EFV o
- TDF + 3TC (o FTC) + NVP o
- TDF + 3TC (o FTC) + EFV

b) Profilaxis antirretroviral triple para la madre;

Régimen antirretroviral triple que se usa para prevenir la transmisión vertical del VIH. Se administra desde la 14ª semana de embarazo, hasta que termina el periodo de lactancia.

• ARV triple (desde la semana 14 hasta el fin del periodo de lactancia\*\*

- AZT + 3TC + LPV-r
- AZT + 3TC + ABC
- AZT + 3TC + EFV
- TDF + 3TC (o FTC) + EFV

\*\*abandonar ARV una semana después de que el niño haya dejado de alimentarse de leche materna

c) AZT para la madre;

AZT se usa en la profilaxis antirretroviral. Se suministra a partir de la 14ª semana de embarazo.

• AZT antes del parto (a partir de la 14ª semana de embarazo)

- Dosis única de NVP al comienzo del parto\*
- AZT + 3TC durante el parto y el alumbramiento\*
- AZT + 3TC durante 7 días después del parto\*

**Desglose:**

\*la mono dosis de NVP y AZT-3TC pueden omitirse si la madre recibe > 4 semanas AZT antes del parto

d) monodosis de Nevirapina únicamente (no recomendada, pero debería registrarse hasta que se elimine);

Una única dosis de nevirapina para la madre administrada durante el parto, como tratamiento profiláctico antirretroviral

- Monodosis de nevirapina

Se ha de contar el número de mujeres que recibe un régimen de fármacos antirretrovirales específico.

Denominator:

Número estimado de embarazadas seropositivas en los últimos doce meses.

Aclaración sobre el denominador. Se pueden emplear dos métodos para estimar el denominador:

(a) Un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum; en este caso, use los datos obtenidos "número de embarazadas que necesitan la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH"; o

(b) multiplicar el número total de mujeres que dio a luz en los últimos doce meses (que puede obtenerse de las estimaciones de nacimientos de la oficina central de estadística, o de estimaciones proporcionadas por la División de Población de la ONU o de sistemas de registros de embarazos con datos completos) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH en embarazadas (que puede derivar de la vigilancia centinela de los centros de atención prenatales y de los ajustes necesarios relacionados con la cobertura de encuestas en centros de asistencia prenatales) si los modelos de proyección de Spectrum no están disponibles.

Para garantizar que se puedan realizar comparaciones, los datos obtenidos de Spectrum se usarán como el denominador cuando se lleven a cabo los análisis mundiales.

**Metodología de cálculo utilizada por México:** El numerador para 2011 se obtuvo directamente del registro de personas en tratamiento ARV (SALVAR) para la Secretaría de Salud (SS) y corresponde a las mujeres con recuentos de CD4 superiores a 350 que recibieron servicios de ART para la PTMI de la Secret

**Fuente del indicador:** La fuente de datos con que cuenta la Secretaría de Salud (SALVAR), la cual sirvió como base SS/CENSIIDA. SALVAR. Datos al 31 de diciembre del 2011.

**Observaciones:**

**INDICADOR 3.3**  
**Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)**

Transmisión maternoinfantil del VIH		2010
<b>Numerador:</b>	Número estimado de nuevos casos de niños infectados por el VIH debido a la transmisión maternoinfantil, y de niños nacidos de madres seropositivas en los últimos doce meses.	163
<b>Denominador:</b>	Número estimado de embarazadas seropositivas en los últimos doce meses.	1,267
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses	12.9%

**Notas:**

**Qué mide** Los progresos realizados en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH

**Numerador:** Número estimado de nuevos casos de niños infectados por el VIH debido a la transmisión maternoinfantil, y de niños nacidos de madres seropositivas en los últimos doce meses.

**Denominador:** Número estimado de embarazadas seropositivas que dieron a luz en los últimos doce meses.

**Cálculo:** Numerador/Denominador\*100

La transmisión maternoinfantil probablemente difiera dependiendo del régimen de fármacos antirretrovirales recibido y de las prácticas de alimentación de lactantes. La transmisión puede calcularse usando el modelo de Spectrum. El programa informático Spectrum14 usa la información relacionada con:

a) La distribución de las embarazadas positivas que han recibido los distintos regímenes antirretrovirales antes y durante el parto por la categoría CD4 de la madre

b) La distribución de mujeres y niños que han recibido fármacos antirretrovirales después del parto por la categoría CD4 de la madre

**Método de Medición:**

c) El porcentaje de lactantes que no son amamantados en programas de PTMI por la edad del niño

d) Las probabilidades de transmisión maternoinfantil del VIH basadas en las distintas categorías de regímenes de fármacos antirretrovirales y en las prácticas de alimentación de los lactantes. El índice nacional estimado de la transmisión se notifica en Spectrum en la pantalla de resumen de la categoría de niños de 0-14. La variable también se puede calcular usando las variables que en Spectrum se llaman "Nuevas infecciones del VIH" para los niños de 0 a 14 años y dividiendo estos datos por la variable "mujeres que necesitan PTMI". No se dispone de suficiente información sobre otros modos de transmisión infantil para poder incluir tales infecciones en el modelo. Además, se considera que otros modos de transmisión solo son una pequeña fracción de las infecciones generales en los niños.

**Frecuencia de Medición:**

A anual

**Desglose:**

Ninguno

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

Se utilizaron las estimaciones del modelo Spectrum 4.47 tanto para el numerador como para el denominador. A diferencia de lo sugerido en las directrices del ONUSIDA para la construcción de este indicador, se consideró para el numerador la variable obtenida de Spectrum titulada "Nuevas infecciones por el VIH entre los niños menores de 1 año", ya que en México existe la política de proveer sustituto sucedáneo de leche en polvo; y no es común que las madres amamenten a los hijos después del primer año de vida. Para el denominador se considerará la estimación de Spectrum de mujeres embarazadas que estaban en necesidad de tratamiento antirretroviral. Conforme a las directrices planteadas el ONUSIDA señala que este indicador puede estar sobreestimado, sin embargo es un aproximado.

**Fuente del indicador reportado por México:**

Estimación de VIH/SIDA en México con Spectrum 4.47

**Observaciones:**

**INDICADOR No 3.11**

**Número de mujeres que acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el periodo de notificación (UA 2011 #11)**

	2011
Número de mujeres que acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el periodo de notificación	1,807,955

**Notas:**

**Qué mide**

**Numerador:**

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:**

NOTA ÚNICA DE ONUSIDA: Por favor, informe sobre el número de mujeres que acudieron a atención prenatal al menos una vez durante el periodo de referencia. Por favor, observe que se cuenta el número de *personas* y no el número de *asistencias*, lo que significa que una mujer embarazada que realiza tres visitas a los centros de atención prenatal sólo se contará una vez. Si el número no representa el número nacional (por ejemplo, si sólo se tienen datos del 65% de los distritos o las instalaciones, o si el número representa múltiple visitas en lugar de "al menos una visita"), por favor, comente la representatividad del número que notifica.

**Frecuencia de Medición:**

**Desglose:**

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

Las cifras de mujeres que acudieron a atención prenatal fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), el conteo completo estuvo para el año 2011: La Secretaría de Salud , SEDENA, PEMEX , IMSS, ISSSTE, Y SECMAR.

**Fuente del indicador reportado por México:**

CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Incluye información de: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SECMAR.

**Observaciones:**

**Fuente del indicador reportado por México:**

**Observaciones:**

**INDICADOR No 3.12.1**

**Número de establecimientos de salud que proveen atención prenatal**

Número de establecimientos de salud que proveen atención prenatal	15,101
---	--------

**Notas:**

**Qué mide**

**Numerador:**

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:**

Por favor, notifique del número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de atención prenatal. Si el número no representa el número nacional (por ejemplo, si usted sólo tiene datos de establecimientos públicos aunque los establecimientos privados proporcionen un porcentaje significativo de la atención de la salud en su población), por favor comente sobre la representatividad del número que está notificando.

**Frecuencia de Medición:**

**Desglose:**

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Incluye información de SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SECMAR.

**Fuente del indicador reportado por México:**

CONASIDA/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA: SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SECMAR. Datos al 31 de diciembre 2011.

**Observaciones:**

**INDICADOR No 3.12.3**

**Número de establecimientos de atención prenatal que realizan pruebas de VIH y proporcionan antirretrovirales in situ para la prevención de la transmisión maternoinfantil**

Número de establecimientos de atención prenatal que realizan pruebas de VIH y proporcionan antirretrovirales in situ para la prevención de la transmisión maternoinfantil.	368
--	-----

**Notas:**

**Qué mide**

La disponibilidad in situ de pruebas de VIH y medicamentos antirretrovirales para PTMI en todos los establecimientos de salud que ofrezcan cuidado prenatal.

**Numerador:**

Número de establecimientos de salud que faciliten servicios de atención prenatal y que ofrezcan tanto pruebas de VIH como medicamentos antirretrovirales para PMTI in situ al final del periodo de referencia.

“Establecimiento de atención prenatal” significa cualquier establecimiento de salud que proporcione servicios de atención prenatal.

“In situ” significa que el servicio es ofrecido dentro de la estructura o recinto del establecimiento de salud. Los servicios que son ofrecidos en unidades separadas pero dentro del mismo establecimiento de salud (por ejemplo, pruebas de VIH en atención prenatal y medicamentos antirretrovirales para PMTI en atención del VIH y la unidad de tratamiento se consideran “in situ”). Cuando las muestras de sangre se recogen in situ pero se envían fuera para realizar la prueba de VIH (por ejemplo, a un laboratorio nacional de referencia o a un establecimiento de salud) también se considera “in situ”

**Denominador:**

Número total de establecimientos de salud que ofrecen servicios de atención prenatal

**Cálculo**

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:  
Frecuencia de Medición:  
Desglose**

Servicios ofrecidos por el establecimiento de atención prenatal:

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Incluye información de SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SECMAR.

**Fuente del indicador reportado por México:**

CONASIDA/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA: SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SECMAR. Datos al 31 de Diciembre 2011.

**Observaciones:**

**INDICADOR No 3.12.4**

**Número de establecimientos de salud que prestan servicios de atención prenatal que también proporcionan pruebas de CD4 en el sitio, o tiene un sistema para recoger y transportar muestras de sangre para las pruebas de CD4 de mujeres embarazadas infectadas**

Número de establecimientos de salud que prestan servicios de atención prenatal que también proporcionan pruebas de CD4 en el sitio, o tiene un sistema para recoger y transportar muestras de sangre para las pruebas de CD4 de mujeres embarazadas infectadas	368
--	-----

**Notas:**

**Qué mide**

**Numerador:**

**Denominador:**

**Cálculo**

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:**

NOTA ÚNICA DE ONUSIDA: Por favor, notifique el número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de atención prenatal y que además ofrezcan servicios de pruebas CD4, ya sea:

- a) In situ
- b) A través de un sistema de recogida y transporte de las muestras de sangre
- c) Sin categoría/otros

Por favor, desglose por categoría a), b) y c). La suma de las categorías no debe superar el número notificado por el indicador I2. Si el número no representa el número nacional (por ejemplo, si usted sólo tiene datos de establecimientos públicos aunque los establecimientos privados provean un porcentaje significativo de atención de la salud en su población), por favor, comente sobre la representatividad del número que usted está notificando

**Frecuencia de Medición:**

**Desglose Metodología de cálculo**

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman

**Fuente del indicador reportado por México:**

CONASIDA/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA: SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SECMAR. Datos al 31 de diciembre 2011.

**Observaciones:**

**INDICADOR No 3.12.5**

**Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico (#13)**

Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico	368
--	-----

**Notas:**

**Qué mide**

La capacidad de los establecimientos de salud para facilitar TAR expresada como el

**Numerador:**

Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico

**Denominador:**

**Cálculo**

**Método de Frecuencia de Medición:**

El numerador se calcula sumando el número de establecimiento que ofrecen servicios

**Desglose**

*Sector: público, privado*

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Incluye información de SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SECMAR.

**Fuente del indicador reportado por México:**

CONASIDA/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA: SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SECMAR. Datos al 31 de diciembre 2011.

**Observaciones:**

## INDICADOR No 3.12.6

**Porcentaje de establecimientos de salud que proporcionen servicios de prueba virológica (ej. reacción en cadena de la polimerasa - PCR) para el diagnóstico in situ de VIH en niños <12 meses o a través de gota de sangre seca ( #I4)**

Porcentaje de establecimientos de salud que proporcionen servicios de prueba virológica (ej. reacción en cadena de la polimerasa - PCR) para el diagnóstico in situ de VIH en niños <12 meses o a través de gota de sangre seca ( #I4)		2011
<b>Numerador:</b>	Número de establecimientos de salud que ofrecen prueba virológica para niños <12 meses expuestos a VIH in situ o a través de gota de sangre seca.	368
<b>Denominador:</b>	Número total de establecimientos de salud que ofrecen seguimiento a niños <12 meses expuesto a VIH	368
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de establecimientos de salud que proporcionen servicios de prueba virológica (ej. reacción en cadena de la polimerasa - PCR) para el diagnóstico in situ de VIH en niños <12 meses o a través de gota de sangre seca ( #I4)	100%

**Notas:****Qué mide**

El alcance de aquellos países que han ampliado e incrementado el acceso a un diagnóstico temprano de niños <12 meses nacidos de mujeres infectadas con VIH.

**Numerador:**

Número de establecimientos de salud que ofrecen prueba virológica para niños <12 meses expuestos a VIH in situ o a través de gota de sangre seca.

**Denominador:**

Número total de establecimientos de salud que ofrecen seguimiento a niños <12 meses expuesto a VIH.

**Cálculo**

Numerador/Denominador\*100

**Método de Frecuencia de Medición:**

El numerador podría ser calculado por uno de los siguientes métodos en función de la

**Desglose**

Por disponibilidad de test virológico: in situ, a través de gota de sangre seca. Sin categoría/otras categorías existe si usted sabe que se ofrecen pruebas virológicas pero no está seguro de si es in situ o a través de gota de sangre seca

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Incluye información de SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SECMAR.

**Fuente del indicador reportado por México:**

CONASIDA/Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA: SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SECMAR. Datos al 31 de diciembre 2011.

**Observaciones:**

## INDICADOR No. 4.1

## Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente reciben tratamiento antirretroviral

Tratamiento del VIH: Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral		2011								
		Todos	Hombres	Mujeres	Sexo desconocido	<1 año	1-4 años	5-14 años	Total Menores de 15 años	15 años y más
<b>Numerador:</b>	Número de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral de combinación de acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) al final del periodo de notificación.	71,849	56,496	15,341	12	99	388	1,143	1,630	70,219
<b>Denominador:</b>	Número estimado de niños y adultos elegibles.	84,469	68,899	15,570	NA	159	694	1,052	1,905	82,564
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral	85.1%	82.0%	98.5%	NA	62.3%	55.9%	108.7%	85.6%	85.0%

**Notas:** En el grupo de edad de entre 5 y 14 años, el denominador es una estimación del del modelo Spectrum 4.47 y el numerador es el dato observado de personas que actualmente reciben TAR en las diferentes instituciones de sector salud público.

**Qué mide** El avance hacia el suministro de terapia antirretroviral de combinación a todas las personas que reúnen los requisitos para recibir el tratamiento.

**Numerador:** Número de adultos y niños elegibles que actualmente están recibiendo tratamiento antirretroviral de acuerdo con el protocolo de tratamiento aprobado nacionalmente (o las normas de OMS/ONUSIDA) al final del período de notificación

**Denominador:** Número estimado de niños y adultos elegibles

**Cálculo:** Numerador/Denominador \*100

**Frecuencia de Medición:** Se han de recopilar datos de forma continua dentro del centro. Los datos deberían agregarse de forma periódica, preferentemente cada mes o trimestre. El dato más reciente mensual o trimestral ha de usarse en el informe anual.

Sexo

**Desglose:**  Edad (<15, 15+)

Si es posible, el indicador para los niños también debería desglosarse por edades <1, 1-4, 5-14 años

**Método de**

**Medición propuesta por ONUSIDA:** Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y desglosarse de forma periódica, de preferencia mensual o trimestralmente. Los datos mensuales o trimestrales más recientes se utilizarán para el informe anual. Seguimiento del programa y vigil

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control de

Los datos del denominador corresponden a estimaciones realizadas por el modelo de estimación de personas viviendo con VIH del ONUSIDA Spectrum 4.47.

**Fuente del indicador reportado por México:** Numerador: CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Incluye información de: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SECMAR.

Denominador: Los datos provienen de las estimaciones preliminares del modelo de Onusida (Spectrum 4.47).

**Observaciones:** ONUSIDA/CENSIDA. Estimación de personas viviendo con VIH en México. Cifras preliminares, diciembre 2011.

INDICADOR No. 4.1.1

Número de adultos y niños elegibles que han comenzado tratamiento antirretroviral durante 2011

Tratamiento del VIH: adultos y niños que comenzaron tratamiento en el 2011		2011							
		Todos	Hombres	Mujeres	<1 año	1-4 años	5-14 años	Total Menores de 15 años	15 años o más
<b>Numerador:</b>	Número de adultos y niños elegibles recién iniciados en TAR durante el año de notificación (2011).	15,451	12,043	3,408	36	140	220	396	15,055

**Notas:** El indicador sobre el porcentaje es descrito en la ficha 4.1. como se indica en las Directrices de GARP (p. 68-69), mientras que el siguiente indicador (4.1.1) sobre el número de adultos y niños elegibles es específico de otra guía .

**Qué mide** Número de adultos y niños elegibles recién iniciados en TAR durante el año de notificación (2011) La evolución anual del número de nuevos pacientes inscritos en TAR

**Numerador:** Número de adultos y niños elegibles recién iniciados en TAR durante el año de notificación (2011).

**Denominador:**

**Cálculo:**

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Los registros de los establecimientos de TAR y los formularios de gestión de suministro de medicamentos. Contando el número de pacientes recién inscritos en TAR durante el periodo de referencia. Los pacientes con registros transferidos desde otro establecimiento y que temporalmente pararon el tratamiento y han empezado de nuevo en el periodo de referencia no deben ser contados (riesgo de doble contabilidad) Los medicamentos de TAR tomados para evitar la transmisión maternoinfantil (excepto TAR para la salud de la propia madre) y la profilaxis de post exposición no se incluyen en este indicador.

**Frecuencia de Medición:** No establecida

**Desglose:** Sexo: Masculino, femenino Edad: <1, 1-4, 5-14, 15+ se incluirá en la sección de comentarios si está disponible

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), desagregadas por sexo y edad, para los años 2011.

**Fuente del indicador reportado por México:** CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Incluye información de: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA.

**Observaciones:** De las 15,451 personas que ingresaron a tratamiento en el 2011 12,043 (78%) fueron hombres. Según la edad, 15,055 (97%) tienen 15 años o más.

## INDICADOR No. 4.2

## Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica

Tratamiento del VIH: Supervivencia después de 12 meses de terapia ARV		2011				
		Todos	Hombres	Mujeres	<15	15+
<b>Numerador:</b>	Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en tratamiento antirretroviral 12 meses después de iniciar el tratamiento.	7,700	6,028	1,672	175	7,521
<b>Denominador:</b>	Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el periodo de 12 meses desde el inicio de la terapia*, incluyendo aquellos que han fallecido desde el	8,758	6,829	1,929	203	8,549
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	87.92%	88.3%	86.7%	86.2%	88.0%

Información adicional	
Situación	2011
Perdida de seguimiento	ND
Detuvo la terapia	ND
Muerte	544
<b>Total</b>	<b>544</b>

**Notas:** Hay una diferencia entre el total por edad: de menos 4 en relación con el numerador y de menos 6 con el denominador  
**Qué mide** El avance hacia el suministro de terapia antirretroviral de combinación a todas las personas que reúnen los requisitos para recibir el tratamiento.

**Numerador:** Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretroviral a los 12 meses de iniciar el tratamiento.

**Denominador:** Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el periodo de 12 meses desde el inicio de la terapia\*, incluyendo aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes.

**Cálculo:** Numerador/Denominador \*100

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

**Desglose:**  
 Sexo  
 Edad (<15, 15+)

Instrumentos de vigilancia del programa; formularios de análisis de cohorte/ de grupo. Registros de terapia antirretroviral y formulario de informe del análisis de la cohorte de terapia antirretroviral

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** El periodo de información se define como cualquier periodo continuo de 12 meses que ha finalizado dentro de un número predefinido de meses desde la presentación del informe. El número predefinido de meses puede estar determinado por los requisitos de información nacional. Si el periodo de información es del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011, los países calcularán este indicador usando a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en algún momento durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2010. Si el periodo de información va del 1 de julio de 2010 al 30 de junio de 2011, los países incluirán a los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en algún momento del periodo del 1 de julio de 2009 al 30 de junio de 2010.

Un resultado de 12 meses se define como el obtenido 12 meses después del comienzo de la terapia antirretroviral (es decir, si el paciente sigue o no con vida y en tratamiento antirretroviral, ha fallecido o se ha perdido para el seguimiento). Por ejemplo, los pacientes que empezaron la terapia antirretroviral durante el periodo de 12 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009 habrán llegado a los resultados de 12 meses para el periodo de información entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011.

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Incluye información sólo de las personas que se encuentran bajo tratamiento ARV en la Secretaría de Salud.

**Fuente del indicador reportado por México:** SS/CENSIDA. Sistema de Administración Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR). Datos al 31 de diciembre del 2011.

**Observaciones:** En México, la Secretaría de Salud atienden alrededor del 55% de la población mexicana.

**INDICADOR No. 4.3****Número de establecimientos de salud que ofrece TAR**

Establecimientos de salud que ofrece TAR		2011
<b>Desagregación:</b>	Total	368
	Público	368
	Privado	ND
	Desconocido/ no especificado	ND

**Notas:** ND: No disponible

**Qué mide** Número de establecimientos de salud que ofrece TAR (por ejemplo, prescribe y/o proporciona seguimiento clínico) La capacidad de los establecimientos de salud para ofrecer TAR expresada en el porcentaje de centros de salud que ofrecen TAR (por ejemplo, prescribe y/o proporciona seguimiento clínico).  
Los establecimientos de salud incluyen establecimientos públicos y privados, centros de salud y clínicas (incluidos los centros de TB), así como establecimientos de salud dirigidos por entidades religiosas u ONGs.

**Numerador:** Establecimientos de salud que ofrece TAR (prescribe y/o da seguimiento clínico)

**Denominador:** NA

**Cálculo:** NA

**Frecuencia de Medición:** Se han de recopilar datos de forma continua dentro del centro. Los datos deberían agregarse de forma periódica, preferentemente cada mes o trimestre. El dato más reciente mensual o trimestral ha de usarse en el informe anual.

**Desglose:** Sector: público, privado

El **numerador** se calcula sumando el número de establecimientos que reporta sobre la disponibilidad de servicios de TAR. La información sobre la disponibilidad de servicios específicos se mantiene generalmente a escala nacional o local. Los programas nacion

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:**

Un censo o una encuesta de los establecimientos de salud también pueden suministrar esta información, junto con información más exhaustiva sobre los servicios disponibles a condición de que dicha información se obtenga de una muestra representativa de los

Los países deben actualizar regularmente los registros de sus programas sobre los establecimientos de salud que ofrecen servicios de TAR y han de complementar estos datos con los obtenidos mediante una encuesta o un censo de establecimientos de salud cada

**Metodología de cálculo utilizada por México:**

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

**Fuente del indicador reportado por México:**

CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Incluye información de: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA.

**Observaciones:**

**INDICADOR No. 4.4****Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en los 12 últimos meses****Experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en los 12 últimos**

Establecimientos de salud que dispensan antirretrovirales: desabastecimiento.		2011	
		Público	Privado
<b>Numerador:</b>	Establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en los 12 últimos meses	67	ND
<b>Denominador:</b>	Número de establecimientos de salud que dispensan ARVs	368	ND
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARVs) y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARVs requeridos en los 12 últimos meses	18.21%	ND

**Notas:** ND: No disponible.

**Qué mide** Este indicador mide un aspecto clave de la gestión del suministro de ARV: si los establecimientos de salud que dispensan dichos fármacos se han quedado sin reservas de al menos uno de los ARV necesarios durante los 12 últimos meses.

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

**Denominador:** Número de establecimientos de salud que dispensa ARVs

**Cálculo:** Numerador/Denominador \*100

**Frecuencia de Medición:** Anual

**Desglose:** Sector: público, privado

**Metodología de cálculo utilizada por México:** En México, agotamiento de existencias o desabasto se define como la ausencia completa de un fármaco ARV necesario en un punto de prestación durante al menos 72 horas. Los establecimientos de salud incluyen únicamente establecimientos públicos.

Reporte de instituciones prestadoras de servicios de salud que prescriben fármaco ARV. Únicamente incluye sector público.

**Fuente del indicador reportado por México:**

CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Incluye información de: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA.

**Observaciones:**

El 18% de desabasto se refiere a un único episodio experimentado por una sola institución del sector público en salud que fue el ISSSTE, en el cual esas 67 unidades presentaron desabasto conforme a la definición nacional. Cabe precisar que el ISSSTE otorgó tratamiento ARV 4,687 (6.5 %) de las 71,849 personas a las que se les dio TAR en el país en 2011 y que el desabasto no afectó a todos los usuarios, ni fue de todas las claves del medicamento.

**INDICADOR 5.1**  
**Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis**  
**y el VIH**

5.1 Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH		Total	Varones	Mujeres	<15	15+
<b>Numerador:</b>	Número de adultos infectados por el VIH que recibe en la actualidad terapia antirretroviral de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (de ac	315	262	53	2	313
<b>Denominador:</b>	Número estimado de casos de TB en personas que viven con el VIH. Las estimaciones anuales del número de casos anuales de tuberculosis en personas que viven con el VIH en países con carga alta de tuberculosis son calculados por la OMS y están disponibles e	654	ND	ND	ND	ND
<b>Porcentaje:</b>	Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	48.17%	ND	ND	ND	ND

**Notas:** ND: No disponible

**Qué mide** Los progresos en la detección y el tratamiento de la TB en las personas que viven con el VIH.

**Numerador:** Número de adultos infectados por el VIH que recibe en la actualidad terapia antirretroviral de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (de acuerdo con las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa.

**Denominador:** Número estimado de casos de TB en personas que viven con el VIH. Las estimaciones anuales del número de casos anuales de tuberculosis en personas que viven con el VIH en países con carga alta de tuberculosis son calculados por la OMS y están disponibles en: <http://www.who.int/tb/country/en>

**Cálculo** Numerador / Denominador \*100

**Frecuencia de Medición:** Los datos deben recopilarse de manera continua a nivel de centro y se agruparán periódicamente, preferentemente de forma mensual o trimestral, y se informará sobre ellos anualmente. También debe informarse aquí del año más reciente de los datos y estimaciones disponibles.

**Desglose** Sexo  
Edad (<15, 15+)

**Método de Medición propuesto por ONUSIDA:** Registros e informes del centro acerca de la terapia antirretroviral; instrumentos de vigilancia de los programas. Datos y estimaciones de los programas de los casos de TB en personas que viven con el VIH.

**Metodología de cálculo utilizada por México:** En el numerador se incluye información sólo de la Secretaría de Salud, por esta razón en el denominador se reduce al 55% del total nacional estimado por la OMS (1,189), en virtud de que es la cobertura estimada para la Secretaría de Salud.

**Fuente del indicador reportado por México:** Numerador: SS/CENSIDA. SALVAR. Datos al 31 de diciembre del 2011.  
Denominador: Estimaciones SS/CENSIDA a partir de: <http://www.who.int/tb/country/en>

**Observaciones:**

Establecimientos de salud que proporcionan servicios de TAR para las personas que viven con VIH con prácticas demostrables de control de infecciones que incluyen control de la tuberculosis	<b>2011</b>
	368

**Notas:**

**Qué mide** El indicador mide si los establecimientos de salud que reciben un gran número de personas con VIH han implementado medidas para prevenir el riesgo transmisión de TB de persona a persona

**Numerador:** Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de TAR para las personas que viven con VIH con prácticas demostrables de control de infecciones que incluyen control de la tuberculosis consistentes con las directrices internacionales

**Denominador:** NA

**Cálculo:** NA

**Frecuencia de Medición:** Periodicidad: recopilación anual en cada establecimiento en el momento de las visitas de supervisión y/o revisión externa de las actividades de TB/VIH o revisión de los programas de VIH.

**Desglose:** Ninguno

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Metodología:  
Revisión en el establecimiento de las políticas escritas de control de la infección respondiendo si/no a las siguientes preguntas:  
- ¿Existe un plan de control de la infección por escrito?  
- ¿Existe una persona responsable para la implementación del plan de control de la infección de TB?  
- ¿Está el área de espera bien ventilado (por ejemplo, puertas y ventanas abiertas)  
- En caso de sospecha de que un paciente puede estar infectado de TB, ¿es identificado a la llegada al establecimiento y separado del resto de pacientes?  
- ¿Los casos TB notificados entre los trabajadores de salud se siguen y notifican regularmente?

Para que se considere que un establecimiento tiene una política de control de la infección de TB consistente con las directrices internacionales, se requiere una respuesta positiva a todas las preguntas. Si se responde de manera positiva a la pregunta sobre la existencia de un plan de control escrito se debe tener disponible una copia en papel del plan. Es necesaria también la documentación de otros componentes.

Instrumentos de medición: Lista de comprobación de revisión de la instalación.

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA).

**Fuente del indicador reportado por México:** CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Incluye información de: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA.

**Observaciones:**

## INDICADOR 7.2

Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años, que han tenido pareja o han estado casadas alguna vez, que han sido víctimas de violencia física por parte de su pareja (un hombre) en los últimos 12 meses

Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente		Total	15-19	20-24	25-49
<b>Numerador:</b>	Mujeres de 15-49 años de edad actualmente tiene o han tenido una pareja sexual, que reportaron haber experimentado violencia física con por lo menos una de estas parejas en los últimos 12 meses.	2,770,954	138,241	358,739	1,411,869
<b>Denominador:</b>	Total de mujeres encuestadas de 15-49 años que actualmente tienen o han tenido una pareja íntima	16,316,002	639,830	1,941,345	13,734,827
<b>Porcentaje:</b>	Proporción de mujeres con edades entre los 15 y los 49 años, que han tenido pareja o han estado casadas alguna vez, que han experimentado de violencia física l de su parejamasculina en los últimos 12 meses	17.0%	21.6%	18.5%	10.3%

## Notas:

**Qué mide** El progreso hacia la reducción de la prevalencia de la violencia contra las mujeres por parte de una pareja íntima (este indicador es un resultado en sí mismo, pero también un indicador aproximado de la desigualdad de género). El término "pareja íntima" se refiere a la pareja con la que se conviva, estén o no estén casados durante ese tiempo. La violencia podría haberse dado después de la separación.

**Numerador:** Mujeres de 15-49 años de edad actualmente tiene o han tenido una pareja sexual, que reportaron haber experimentado violencia física o sexual con por lo menos una de estas parejas en los últimos 12 meses.

**Denominador:** Total de mujeres encuestadas de 15-49 años que actualmente tienen o han tenido una pareja íntima

**Cálculo:** Numerador / Denominador \* 100

**Método de Medición propuesta por ONUSIDA:** Encuestas de base demográfica que ya se usan en los países, como las encuestas multinacionales de la OMS, o la ESD/AIS (modulo de violencia doméstica), Encuestas internacionales sobre la violencia contra las mujeres.

**Frecuencia de Medición:** 3-5 años

**Desglose:** Edad (15-19, 20-24 y 25-49)  
Estado serológico sobre el VIH (si está disponible)

**Metodología de cálculo utilizada por México:** Se utilizaron datos de la "Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006" (ENDIREH 2006) que se realiza con base en el Marco Nacional de Viviendas 2002 del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), el cual fue construido a partir de la información demográfica y cartográfica obtenida del XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Este marco es una muestra maestra, a partir de ésta se seleccionan las muestras para todas las encuestas que realiza el INEGI, en viviendas. Para su conformación y estructura, se utilizó un diseño probabilístico, estratificado, unietápico y por conglomerados; como resultado del proceso se generan las unidades primarias de muestreo (UPM). Es en estas unidades, en una segunda etapa, donde se seleccionan las viviendas que integran las muestras de las diferentes encuestas que realiza el INEGI. La ENDIREH 2006, se realizó entrevistando a mujeres de entre 15 y 55 años y más. El levantamiento de la información por parte de las entrevistadoras se realizó del 9 de octubre al 3 de noviembre de 2006,

Se tuvo acceso a los datos extrapolados al resto de la población femenina mexicana de esas edades. Se pudo separar de acuerdo a las edades solicitadas y la características de "mujeres que actualmente tienen o han tenido una pareja íntima" y que han tenido violencia física por parte de esa pareja. Su objetivo es obtener información sobre los diferentes tipos de violencia que sufren las mujeres de 15 y más años en los ámbitos del hogar, escolar, laboral y social; así como las consecuencias físicas y emocionales que padecen las mujeres violentadas por su cónyuge. Esta investigación es resultado de un esfuerzo conjunto realizado entre el INEGI, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (UNIFEM).

**Fuente del indicador reportado por México:** Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH). Cuadro 28. Mujeres de 15 años y más, casadas o unidas por grupos quinquenales de edad según condición y tipo de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses. [Http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especiales/endireh/endireh2006/default.aspx](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especiales/endireh/endireh2006/default.aspx)

**Observaciones:**



## INFORME NACIONAL DE PROGRESOS EN SIDA MÉXICO, 2012

### ANEXO II

#### Matriz MEGAS

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)

Marzo, 2012

Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA, México 2012

País: MEXICO		Fuentes de financiación																	
Período reportado: Año calendario		Medición nacional del gasto relativo al SIDA (MEGAS)																	
Metodología empleada:		Dólares Americanos																	
Montos reportados en:		Dólares Americanos																	
Indique mes y año (M/AAAA):	From:	Month:	Year:																
	To:	1	2009																
Nombre de la moneda local:		PESOS MEXICANOS																	
Montos expresados en:		Unidad (x 1)																	
Tasa de cambio promedio con respecto al dólar :		13.774																	
Categorías del gasto relativo al SIDA	Dólares Americanos	Fuentes públicas							Fuentes internacionales					Fuentes privadas (optativo para la presentación de info)					
		Públicas (subtotal)	Centrales / Nacionales	Subnacionales	Banco de desarrollo (reembolsable) (e. Préstamos)	Seguridad Social	Todas las otras públicas	Internacionales (subtotal)	Bilaterales	Multilaterales	Banco de desarrollo (no reembolsable)	Todas las otras multilaterales	Todas las otras internacionales	Privadas (subtotal)	Instituciones con fines de lucro / Empresas	Consumidor / desembolsos directos	Todas las otras privadas		
TOTAL	Dólares Americanos	376,480,868	332,203,890	150,692,635	19,798,384	0	161,712,871	0	1,379,026	130,463	803,282	0	0	0	445,281	42,897,952	3,537,865	39,271,526	88,562
01 Prevención (sub-total)		96,789,258	60,146,936	32,059,562	10,234,755	0	17,852,609	0	781,104	86,902	598,747	0	0	0	95,455	35,861,218	262,890	35,533,914	64,415
01.01 Comunicación para el cambio social y comportamental		3,598,689	5,167,761	2,917,768	249,993	0	0	0	96,466	66,917	66,917	0	0	0	29,549	334,463	230,693	83,297	20,474
01.02 Movilización de la comunidad		184,883	151,835	141,734	10,101	0	0	0	29,930	18,940	18,940	0	0	0	10,990	3,118	0	2,682	436
01.03 Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)		3,986,773	3,708,321	3,125,270	583,051	0	0	0	59,411	23,246	23,246	0	0	0	36,165	219,041	2,721	205,314	11,006
01.04 Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles		766,519	476,297	446,701	29,596	0	0	0	279,978	58,081	218,267	0	0	0	3,630	10,244	0	10,244	0
01.05 Prevención - jóvenes escolarizados		256,125	78,993	78,993	0	0	0	0	168,905	166,038	166,038	0	0	0	2,867	8,229	0	8,229	0
01.06 Prevención - jóvenes no escolarizados		590,109	559,116	478,069	81,047	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30,993	0	0	28,051	2,942
01.07 Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)		279,010	235,864	235,689	174	0	0	0	21,122	0	21,122	0	0	0	22,023	0	0	5,588	16,436
01.08 Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes		701,656	672,196	587,078	85,118	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29,461	0	0	29,461	0
01.09 Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)		847,728	824,619	727,890	96,729	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23,109	0	0	23,109	0
01.10 Programas de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables (CDI)		186,622	176,062	165,410	10,652	0	0	0	6,874	0	6,874	0	0	0	3,687	0	0	3,687	0
01.11 Programas de prevención en el lugar de trabajo		11,326	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,326	11,326	0	0	0
01.12 Comercialización social del preservativo		30,580	0	0	0	0	0	0	30,580	28,821	0	0	0	0	1,759	0	0	0	0
01.13 Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial		28,766,496	974,471	227,863	45,197	0	701,410	0	3,620	0	3,620	0	0	0	3,620	27,788,405	0	27,784,022	4,383
01.14 Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial		18,659	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18,659	18,150	0	508	0
01.15 Microbicidas		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.16 Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)		14,965,371	13,138,409	5,992,916	1,292,143	0	5,873,349	0	0	0	0	0	0	0	1,806,962	0	0	1,806,962	0
01.17 Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)		19,689,439	16,904,010	8,487,363	6,740,839	0	1,675,808	0	84,218	84,218	84,218	0	0	0	2,701,212	0	0	2,701,212	0
01.18 Circuncisión masculina		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.19 Seguridad hematológica		20,665,523	17,880,654	7,457,493	821,111	0	9,602,052	0	0	0	0	0	0	0	2,784,860	0	0	2,784,860	0
01.20 Inyecciones médicas seguras		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.21 Precauciones universales		648,812	614,687	516,092	98,595	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34,125	0	0	34,125	0
01.22 Profilaxis posterior a la exposición (PPE)		594,937	563,645	473,237	90,408	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31,292	0	0	31,292	0
01.98 Actividades de prevención no desglosadas por intervención		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.99 Actividades de prevención s.c.o.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02 Atención y tratamiento		269,358,499	265,887,321	112,851,984	9,175,085	0	143,860,252	0	2,075	0	0	0	0	0	2,075	3,469,103	0	3,468,700	403
02.01 Atención ambulatoria		259,483,440	256,261,998	109,075,106	8,328,154	0	138,858,738	0	2,075	0	0	0	0	0	2,075	3,219,367	0	3,218,964	403
02.01.01 Asesoramiento y pruebas por iniciativa del proveedor (AIP)		22,919,935	21,953,691	14,563,639	2,809,579	0	4,580,473	0	0	0	0	0	0	0	966,244	0	0	966,244	0
02.01.02 Profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO)		11,068,970	10,977,126	1,255,341	479,696	0	9,242,089	0	984	984	984	0	0	0	90,860	0	0	90,860	0
02.01.03 Terapia antiretroviral		205,541,245	204,455,157	85,535,079	3,327,093	0	115,592,985	0	0	0	0	0	0	0	1,086,087	0	0	1,086,087	0
02.01.04 Apoyo nutricional asociado con la terapia antiretroviral		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.05 Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH		19,951,796	18,876,023	7,721,046	1,711,786	0	9,443,191	0	0	0	0	0	0	0	1,075,774	0	0	1,075,774	0
02.01.06 Programas de atención odontológica para PVV		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.07 Tratamiento psicológico y servicios de apoyo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.08 Atención paliativa ambulatoria		1,494	0	0	0	0	0	0	1,091	0	1,091	0	0	0	403	0	0	403	0
02.01.09 Atención domiciliar		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.10 Medicina tradicional y servicios de atención y tratamiento informales		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.98 Servicios de atención ambulatoria no desglosados por intervención		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.99 Servicios de atención ambulatoria s.c.o.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.02 Atención hospitalaria		9,875,060	9,625,324	3,776,879	846,931	0	5,001,514	0	0	0	0	0	0	0	249,736	0	0	249,736	0
02.02.01 Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas (IO)		9,875,060	9,625,324	3,776,879	846,931	0	5,001,514	0	0	0	0	0	0	0	249,736	0	0	249,736	0
02.02.02 Atención paliativa hospitalaria		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.02.98 Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.02.99 Servicios de atención hospitalaria s.c.o.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.03 Traslado de pacientes y rescate de emergencia		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.98 Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.99 Servicios de atención y tratamiento s.c.o.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03 Huérfanos y niños vulnerables (HNV) (sub-total)		652,011	11,787	3,627	8,160	0	0	0	3,305	0	0	0	0	0	3,305	636,919	493,970	139,768	3,181



Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA, México 2012

País:		MEXICO																
Período reportado:		0																
Metodología empleada:		0																
Montos reportados en:		0																
Indique mes y año (M/AAAA):	From:	Month:	Year:															
		0	0															
	To:	0	0															
Nombre de la moneda local:		PESOS MEXICANOS																
Montos expresados en:		0																
Tasa de cambio promedio con respecto al dólar:		0.000																
2010	TOTAL	Fuentes de financiación										Fuentes internacionales				Fuentes privadas (optativo para la presentación de info)		
		Fuentes públicas					Fuentes internacionales					Fuentes privadas (optativo para la presentación de info)						
		Públicas (subtotal)	Centrales / Nacionales	Subnacionales	Banco de desarrollo (reembolsable) (ej. Préstamos)	Seguridad Social	Todas las otras públicas	Internacionales (subtotal)	Bilaterales	Multilaterales			Todas las otras internacionales	Privadas (subtotal)	Instituciones con fines de lucro / Empresas	Consumidor / desembolsos directos	Todas las otras privadas	
Órganos de las Naciones Unidas	Fondo Mundial	Banco de desarrollo (no reembolsable)	Todas las otras multilaterales	Todas las otras internacionales	Privadas (subtotal)	Instituciones con fines de lucro / Empresas	Consumidor / desembolsos directos	Todas las otras privadas										
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01 Prevención (sub-tota)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.01 Comunicación para el cambio social y comportamental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.02 Movilización de la comunidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.03 Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.04 Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.05 Prevención – jóvenes escolarizados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.06 Prevención – jóvenes no escolarizados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.07 Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.08 Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.09 Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.10 Programas de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables (CDI)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.11 Programas de prevención en el lugar de trabajo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.12 Comercialización social del preservativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.13 Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.14 Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.15 Microbicidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.16 Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.17 Prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.18 Circuncisión masculina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.19 Seguridad hematológica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.20 Inyecciones médicas seguras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.21 Precauciones universales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.22 Profilaxis posterior a la exposición (PPE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.98 Actividades de prevención no desglosadas por intervención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.99 Actividades de prevención s.c.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02 Atención y tratamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01 Atención ambulatoria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.01 Asesoramiento y pruebas por iniciativa del proveedor (AIPD)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.02 Profilaxis y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.03 Terapia antiretroviral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.04 Apoyo nutricional asociado con la terapia antiretroviral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.05 Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.06 Programas de atención odontológica para PVV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.07 Tratamiento psicológico y servicios de apoyo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.08 Atención paliativa ambulatoria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.09 Atención domiciliar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.10 Medicina tradicional y servicios de atención y tratamiento informales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.98 Servicios de atención ambulatoria no desglosados por intervención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.99 Servicios de atención ambulatoria s.c.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.02 Atención hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.02.01 Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas (IO)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.02.02 Atención paliativa hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.02.98 Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.02.99 Servicios de atención hospitalaria s.c.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.03 Traslado de pacientes y rescate de emergencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.98 Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.99 Servicios de atención y tratamiento s.c.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03 Huérfanos y niños vulnerables (HNV) (sub-total)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.01 Educación para HNV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.02 Atención básica de la salud para HNV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.03 Apoyo a la familia/al hogar para HNV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.04 Apoyo comunitario para HNV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.05 Servicios sociales para HNV y costos administrativos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.06 Atención institucional para HNV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.98 Servicios para HNV no desglosados por intervención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.99 Servicios para HNV s.c.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04 Gestión y administración de programas (sub-total)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04.01 Planificación, coordinación y gestión de programas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04.02 Costos de administración y transacción asociados con la gestión y el desarrollo de fondos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04.03 Vigilancia y evaluación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04.04 Investigación de operaciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA, México 2012

País: MEXICO		Fuentes de financiación															
Período reportado: 0		Medición nacional del gasto relativo al SIDA (MEGAS)															
Metodología empleada: 0		0															
Montos reportados en: 0		0															
Indique mes y año (M/AAAA):	From:	Month:	Year:														
	To:	0	0														
Nombre de la moneda local: PESOS MEXICANOS																	
Montos expresados en: 0																	
Tasa de cambio promedio con respecto al dólar: 0.000																	
2011	TOTAL	Fuentes públicas						Fuentes internacionales						Fuentes privadas (optativo para la presentación de info)			
		Públicas (subtotal)	Centrales / Nacionales	Subnacionales	Banco de desarrollo (reembolsable) (ej. Préstamos)	Seguridad Social	Todas las otras públicas	Internacionales (subtotal)	Bilaterales	Multilaterales		Todas las otras internacionales	Privadas (subtotal)	Instituciones con fines de lucro / Empresas	Consumidor / desembolsos directos	Todas las otras privadas	
Categorías del gasto relativo al SIDA																	
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01 Prevención (sub-total)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.01 Comunicación para el cambio social y comportamental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.02 Movilización de la comunidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.03 Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.04 Reducción del riesgo para poblaciones vulnerables y accesibles	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.05 Prevención – jóvenes escolarizados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.06 Prevención – jóvenes no escolarizados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.07 Prevención de la transmisión del VIH dirigida a personas que viven con el VIH (PVV)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.08 Programas de prevención para profesionales del sexo y sus clientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.09 Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.10 Programas de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables (CDI)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.11 Programas de prevención en el lugar de trabajo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.12 Comercialización social del preservativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.13 Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.14 Suministro de preservativos femeninos en el sector público y comercial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.15 Microbicidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.16 Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.17 Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.18 Circuncisión masculina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.19 Seguridad hematológica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.20 Inyecciones médicas seguras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.21 Precauciones universales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.22 Profilaxis posterior a la exposición (PPE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.98 Actividades de prevención no desglosadas por intervención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01.99 Actividades de prevención s.c.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02 Atención y tratamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01 Atención ambulatoria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.01 Asesoramiento y pruebas por iniciativa del proveedor (APIP)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.02 Perfil tisular y tratamiento ambulatorios de infecciones oportunistas (IO)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.03 Terapia antimicrobica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.04 Apoyo nutricional asociado con la terapia antimicrobica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.05 Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.06 Programas de atención odontológica para PVV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.07 Tratamiento psicológico y servicios de apoyo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.08 Atención paliativa ambulatoria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.09 Atención domiciliar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.10 Medicina tradicional y servicios de atención y tratamiento informales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.98 Servicios de atención ambulatoria no desglosados por intervención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.01.99 Servicios de atención ambulatoria s.c.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.02 Atención hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.02.01 Tratamiento hospitalario de infecciones oportunistas (IO)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.02.02 Atención paliativa hospitalaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.02.98 Servicios de atención hospitalaria no desglosados por intervención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.02.99 Servicios de atención hospitalaria s.c.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.03 Traslado de pacientes y rescate de emergencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.98 Servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02.99 Servicios de atención y tratamiento s.c.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03 Huérfanos y niños vulnerables (HNV) (sub-total)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.01 Educación para HNV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.02 Atención básica de la salud para HNV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.03 Apoyo a la familia/al hogar para HNV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.04 Apoyo comunitario para HNV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.05 Servicios sociales para HNV y costos administrativos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.06 Atención institucional para HNV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.98 Servicios para HNV no desglosados por intervención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03.99 Servicios para HNV s.c.o.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04 Gestión y administración de programas (sub-total)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04.01 Planificación, coordinación y gestión de programas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0





## INFORME NACIONAL DE PROGRESOS EN SIDA MÉXICO, 2012

### ANEXO III

#### Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN) 2012

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)

Marzo, 2012

### **ANEXO III. Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN) 2012**

**PAÍS: MÉXICO**

**Nombre del funcionario del Comité Nacional del sida encargado de la presentación del ICPN a quien pueden dirigirse dudas, si las hubiera:**

Mtro. Héctor Sucilla Pérez, Director de Investigación Operativa, CENSIDA.

**Dirección postal:** Calle Herschel No. 119, Col. Anzures, Delegación Miguel Hidalgo, México, Distrito Federal. C.P. 11590

**Tel:** (55) 9150-6000 Ext. 56034, (55) 9150-6034

**Correo electrónico:** hector.sucilla@salud.gob.mx

**Fecha de presentación:** 31 de marzo de 2012.

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

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

#### **Parte A**

Debido a que la parte A corresponde a la parte gubernamental, fue el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, la entidad encargada de responder esta parte. Las tres direcciones de área que son, Atención Integral, Investigación Operativa y Prevención y Promoción de la Salud participaron en el llenado de esta parte del ICPN, consultando la información disponible a nivel de país en cuanto a respuesta al VIH/SIDA. Una vez llenado el ICPN se sometió a validación del Director General del CENSIDA y del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud.

#### **Parte B**

El CENSIDA emitió una convocatoria pública abierta para invitar a todas las organizaciones de la sociedad civil (OSC) registradas en el censo de OSC, a fin de que todas las organizaciones interesadas pudieran participar en el proceso para elaborar y emitir comentarios a la parte B del ICPN. La convocatoria se difundió en el sitio web de CENSIDA; y también mediante correo electrónico enviado a cada organización. Se registraron un total de 18 OSC para participar en este proceso. Se realizó una videoconferencia mediante la plataforma Black Board en la que participaron los representantes de las OSC registradas, representantes del Sistema de Naciones Unidas y representantes del CENSIDA, esta videoconferencia tenía como propósito recordar a los representantes de las OSC el origen y la relevancia del Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA 2012, explicarles la metodología a seguir para el llenado del ICPN, compartir los indicadores que se reportarán en el informe, precisar la metodología para la construcción de los indicadores; así como explicar a las OSC aspectos básicos sobre monitoreo y construcción de indicadores, mediante una actualización técnica. Terminada la reunión y una vez aclaradas las dudas se compartió el ICPN a cada organización y al sistema de las Naciones Unidas para que pudieran llenarlo y devolverlo devuelto al CENSIDA para su análisis, antes de una segunda videoconferencia planificada para discutir los resultados del ICPN B, cabe precisar que 9 de las OSC enviaron el ICPN respondido. Para llegar a un consenso sobre las respuestas a la parte B del ICPN se acordó entre todas las partes la siguiente metodología: La opinión consolidada de todo el Sistema de las Naciones Unidas representaría el 50% del peso en la respuesta, mientras que la opinión consolidada de las OSC representaría el otro 50%. Por lo anterior, se realizó un análisis de frecuencias de las respuestas recibidas por las diferentes OSC, a fin de poder consolidar la postura de este sector. Una vez que se contaba con la respuesta de las OSC y la respuesta del Sistema de Naciones Unidas, se obtenía el promedio; y esa era la calificación o la respuesta que se asignaba. Cabe precisar que para las variables cualitativas, se les asignó un valor cuantitativo para poder calificarlas.

Ya que se tuvo el análisis previamente descrito, se realizó otra videoconferencia para presentar a las OSC los resultados del análisis, presentando las gráficas de frecuencias; así como la calificación consolidada que correspondería a la otorgada por las OSC; la calificación que había dado el Sistema de Naciones Unidas y la calificación definitiva. Se revisó cada pregunta y cada respuesta, dando un tiempo para reflexiones o debate sobre los resultados del análisis, para poder después acordar la respuesta final.

Dentro de la metodología se acordó desde un inicio que debido a que pudiera haber diferencias entre las percepciones de las diversas OSC, y el Sistema de ONU, todos sus comentarios y ejemplos cualitativos se iban a incluir en el ICPN.

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

Cuando alguien estaba en desacuerdo con la respuesta que parecía representar la opinión de la mayoría se le daba un espacio para réplica y argumentar su postura, posteriormente, se realizaba una votación para ver si se conservaba la respuesta que parecía ser representativa de la mayoría;

o si se cambiaba de opinión con base a los argumentos presentados por la persona en desacuerdo. Cabe precisar que la metodología establecida y acordada por todos los sectores involucrados facilitó el proceso, ya que a pesar de la opinión y respuesta que representaba a la mayoría, se decidió incluir todos los comentarios y percepciones convergentes o divergentes en los espacios para comentarios cualitativos a fin de poder presentar la opinión de cada actor.

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

#### **ICPN A**

##### **Sección V. Tratamiento, atención y apoyo.**

Pregunta 1.1, no queda claro a qué se refiere con diagnóstico infantil precoz, se interpretó como diagnóstico para eliminar la transmisión vertical.

#### **ICPN B**

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

La pregunta 7. ¿Qué porcentaje de los siguientes programas/servicios relacionados con el VIH se estima que proporciona la sociedad civil? Fue conflictiva para interpretar ya que el Sistema de Naciones Unidas consideraba que se refería al porcentaje de la contribución de la sociedad civil en la respuesta al VIH/SIDA por cada uno de los programas/servicios listados, mientras que la percepción de la mayoría de las OSC lo interpretaron como el porcentaje de estos componentes (programas/servicios) dentro de las actividades que realizan.

##### **Sección III. Derechos humanos**

La pregunta 7.1 ¿Dispone el país de una política que asegure el acceso de las mujeres a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH fuera del embarazo y del parto?

Esta pregunta se interpretó por las organizaciones de la sociedad civil como que se refería a una política específica para mujeres. Sin embargo, la redacción no indica esto tal situación de especificidad. Hay políticas que pueden no ser específicas, pero pueden ser inclusivas para mujeres y hombres por cuestiones de equidad de género.

## ENTREVISTADOS PARA EL ICPN-PARTE A

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

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

ORGANIZACIÓN	NOMBRE/CARGO	Entrevistados para la Parte A [indique sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado]					
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V	A.VI
CENSIDA	MTRO. HÉCTOR SUCILLA PÉREZ/ DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA	<b>X</b>	<b>X</b>				<b>X</b>
CENSIDA	DR. CARLOS GARCÍA DE LEÓN/ DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL		<b>X</b>		<b>X</b>		
CENSIDA	DRA. XOCHIL TERÁN TOLEDO/ DIRECTORA DE ATENCIÓN INTEGRAL					<b>X</b>	
CENSIDA	JUAN CARLOS JARAMILLO ROJAS/ SUBDIRECTOR DE NORMATIVIDAD Y DERECHOS HUMANOS			<b>X</b>			

## ENTREVISTADOS PARA EL ICPN-PARTE B

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

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

ORGANIZACIÓN	NOMBRE/CARGO	Entrevistados para la Parte B [indique sobre qué partes se ha preguntado a cada encuestado]				
		B.I	B.II	B.III	B.IV	B.V
COMUNIDAD METROPOLITANA. A.C.	ANTONIO ENRIQUE NEVÁREZ TORRES/ REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, SIPAM	ALEJANDRINA GARCÍA ROJAS/ REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, AC	JUAN CARLOS MENDOZA PÉREZ/ REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD A.C.	EUGENIA LÓPEZ URIBE/ REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
FUNDACION CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.	ADRIANA HERNANDEZ MÉNDEZ/ REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.	ABEL QUIROGA Q. / REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
IRAPUATO VIVE, A.C., IVAC	JUAN SILVERIO RAMÍREZ URBINA/ REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C., AVE	MARIBEL ORTEGA ÁLVAREZ/ REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
EUX ARTE Y SIDA, A.C.	AÍDA GUADALUPE GARCÍA BADILLO/ REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.	ALEXIS SOREL FLORES SIXTOS/ REPRESENTANTE	X	X	X	X	X
UNFPA	DIEGO PALACIOS JARAMILLO/ REPRESENTANTE PARA MÉXICO Y PRESIDENTE DEL GRUPO TEMÁTICO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE VIH/SIDA	X	X	X	X	X
ONUSIDA	JOSE ENRIQUE ZELAYA/ COORDINADOR PARA MÉXICO	X	X	X	X	X
PNUD/ONUSIDA	MÓNICA RODRÍGUEZ/	X	X	X	X	X

	COORDINADORA DEL EQUIPO CONJUNTO SOBRE VIH/SIDA					
UNICEF	ANA MARÍA GÜEMEZ/ OFICIAL DE POLÍTICA SOCIAL Y PUNTO FOCAL PARA VIH/SIDA	X	X	X	X	X
UNESCO	JIMENA VALDEZ/ COORDINADORA PARA GÉNERO Y VIH	X	X	X	X	X
UNFPA	JAVIER ARELLANO/ OFICIAL DE VIH Y SIDA	X	X	X	X	X
OPS	AMALIA AYALA/ OFICIAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA Y PUNTO FOCAL PARA VIH/SIDA	X	X	X	X	X
ONU MUJERES	VIVIANE PLATA/ RESPONSABLE DE PROGRAMAS Y PUNTO FOCAL PARA VIH/SIDA	X	X	X	X	X
PNUD	ANA MARÍA LÓPEZ/ GERENTE DEL PROGRAMA DE GOBERNABILIDAD Y DEMOCRACIA Y PUNTO FOCAL PARA VIH/SIDA	X	X	X	X	X

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

### PARTE "A"

(Para que respondan los funcionarios del gobierno)

#### I. Plan Estratégico

1. ¿Ha desarrollado el país una estrategia nacional multisectorial para responder al VIH?

(Las estrategias multisectoriales deben incluir, por lo menos, las desarrolladas por ministerios, como las que se mencionan a continuación en el apartado 1.2)

Si  No

*Si la respuesta es sí, indique Período Cubierto:*

2007-2012

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, explique brevemente las modificaciones/mejoras principales entre la estrategia nacional actual y la anterior.**

**SI LA RESPUESTA ES "NO" O "NO CORRESPONDE", explique brevemente los motivos.**

La política de atención al VIH/SIDA 2007-2012 contiene estrategias para dar continuidad y sustentabilidad a algunas de las acciones que se han implementado en el país desde el año 2000 que han evitado se generalice la epidemia, como la prevención, atención integral, la reducción del estigma y discriminación frente al VIH y acciones de monitoreo y evaluación.

Además de dar continuidad a esas acciones, la estrategia actual tiene como propósito principal disminuir el crecimiento y los efectos de la epidemia del VIH/SIDA y otras ITS en el país a través del fortalecimiento de la respuesta y la experiencia acumulada de todos los sectores, que permitan el acceso de todas las personas, incluyendo a las poblaciones clave, a servicios de prevención y atención para incrementar sus capacidades en el auto cuidado de la salud sexual. En este sentido, las acciones más importantes van encaminadas a:

1. Prevenir la transmisión del VIH y controlar la epidemia de SIDA a través del fortalecimiento de la cultura de prevención del VIH en la población general, con énfasis en grupos clave y prevención perinatal.
2. Prevenir y controlar las ITS a través de la detección oportuna, el tratamiento eficaz, la modernización de los sistemas de información y generación de competencias entre el personal de salud para garantizar un servicio de calidad.
3. Prestar servicios de atención integral de calidad a las personas con VIH, a través del otorgamiento de todos los bienes y servicios necesarios desde la detección del VIH hasta su tratamiento médico, apoyo psicológico y consejería, prevención, etc.; mejora en los servicios de atención a través de personas certificado y capacitado para la atención de pacientes con VIH/SIDA en las instituciones de salud y creación de un Registro Nacional de Personas con SIDA en Tratamiento con la participación de las instituciones públicas y

privadas.

4. Fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud sexual, a través del diseño de políticas educativas con la colaboración de la Secretaría de Educación Pública para implementar e incrementar los programas de educación sexual con enfoque de género e información de diversidad sexual, incorporación del tema de salud sexual en los libros de texto de educación básica, formación y capacitación de profesionales de la salud en salud sexual y de maestras, maestros, padres y madres de familia.
5. Disminución del estigma, discriminación, violaciones a derechos humanos y homofobia en población clave, a través de la modificación de leyes y reglamentos para darle cumplimiento al marco normativo nacional e internacional en materia de derechos humanos y derecho a la no discriminación asociada al VIH; la promoción y difusión de los derechos humanos, la no discriminación desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, y capacitar al personal de salud especializado en atención de personas con VIH/SIDA en competencias, habilidades y conocimientos sobre derechos humanos, estigma, violaciones a los derechos fundamentales y homofobia.
6. Fortalecimiento de la coparticipación multisectorial, social y ciudadana en la formulación e implementación de políticas en VIH/SIDA, a través de la promoción de la participación efectiva de los integrantes del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CONASIDA), el fortalecimiento de los Consejos Estatales de SIDA y la participación y fomento de competencia técnica de Organizaciones de la Sociedad Civil con trabajo en VIH/SIDA.

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

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

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

Secretarías (Ministerios): Salud, Educación, Defensa, Marina, Trabajo y Previsión Social.  
Organismos: Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA), Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ), Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (CNTS), Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), Dirección General de Información en Salud (DGIS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos-Servicios de Salud (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional-Servicios de Salud (SEDENA), Secretaría de Marina-Servicios de Salud (SEMAR).

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

SECTORES	Incluido en la estrategia		Presupuesto asignado		
	SÍ	No	SÍ	No	No
Educación	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>		No
Salud	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>		No
Trabajo	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>		No
Ejército / Policía	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>		No
Transporte	SÍ	No <input checked="" type="checkbox"/>	SÍ		No <input checked="" type="checkbox"/>
Mujeres	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>		No
Jóvenes	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>		No
Otros*: (especificar) SOCIEDAD CIVIL	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>		No

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

En México, la Secretaría de Salud Federal y las Secretarías de Salud de las Entidades federativas destinan recursos para financiar campañas de prevención y promoción de la Salud en materia de VIH/SIDA, las cuales se difunden principalmente en medios masivos de comunicación y a través de promocionales en los medios de transporte público. Por ello, aún cuando el sector transporte no está incluido de manera directa en la estrategia multisectorial de VIH/SIDA, su participación es fundamental para hacer llegar a la mayor población posible los mensajes de difusión y promoción de la salud.

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

POBLACIONES CLAVE Y OTRAS POBLACIONES VULNERABLES		
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Poblaciones migrantes/móviles</i>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Personas con discapacidades</i>	SÍ	No <input checked="" type="checkbox"/>
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Profesionales del sexo</i>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Transexuales</i>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Mujeres y niñas</i>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Jóvenes</i>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No

<i>Otras subpoblaciones vulnerables específicas**</i> CLIENTES DE PERSONAS TRABAJADORAS SEXUALES, INDÍGENAS, MUJERES Y HOMBRES EN PRISIÓN.	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>ESCENARIOS</b>		No
<b>Prisiones</b>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>Escuelas</b>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>Lugares de trabajo</b>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>ASUNTOS INTERRELACIONADOS</b>		No
<b>Tratamiento del estigma y la discriminación</b>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>Capacitación y/o igualdad de género</b>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>VIH y pobreza</b>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>Protección de los derechos humanos</b>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>Participación de las personas que viven con el VIH</b>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No

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

---

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

**POBLACIONES CLAVE**

Población Clave: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres y hombres trabajadores del sexo comercial (MTSC y HTSC) y usuarios de drogas inyectables (UDI).

Grupos vulnerables: Jóvenes y adolescentes, mujeres, niñas y niños, población migrante, clientes de clientes de personas trabajadoras sexuales, indígenas, mujeres y hombres en prisión.

**1.5. ¿Incluye la estrategia multisectorial un plan operativo?**

Si

No

**1.6. ¿Incluye la estrategia multisectorial o el plan operativo:**

<b>a. objetivos formales del programa?</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No

\* Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados)

<b>b. metas o hitos claros?</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>c. un desglose de los costos de cada área programática?</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>d. una indicación de las fuentes de financiamiento del apoyo a la ejecución del programa?</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>e. un marco de vigilancia y evaluación?</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No

**1.7. ¿Ha asegurado el país la "integración y participación plenas" de la sociedad civil\* en el desarrollo de la estrategia multisectorial**

Participación Activa <input checked="" type="checkbox"/>	Participación moderada	Participación nula
--	------------------------	--------------------

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

La sociedad civil en México ha participado activamente en diferentes espacios y actividades para la formulación, implementación y evaluación de la Política Nacional de VIH/SIDA.

En 2007, en el marco de la preparación del Programa de Acción para la Prevención y Control del SIDA EN México, 2007-2012, las organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA participaron en un Foro organizado por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) en la ciudad de Guadalajara, Jal., con el objetivo de integrar temáticas y demandas específicas a la agenda de la política gubernamental de VIH/SIDA. En esa jornada fue acordada una agenda conjunta entre gobierno y sociedad civil que está plasmada en los objetivos, directrices y acciones del Programa de Acción.

Además de su participación durante el diseño de la política nacional de VIH/SIDA, existen otros mecanismos a través de los cuales se potencia la participación de las organizaciones con trabajo en la materia, como son:

- Representación con voz y voto en el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA.
- Participación en foros de consulta nacional sobre SIDA
- Participación en la implementación y seguimiento de programas de prevención, campañas dirigidas a disminuir la estigma, la discriminación y la homofobia.
- Participación en el Mecanismo Coordinador de País (MCP) del Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

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

---

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

SI <input checked="" type="checkbox"/>	No	N/C
--	----	-----

\* La sociedad civil incluye, entre otros: las redes y organizaciones de personas que viven con el VIH, las mujeres, los jóvenes, grupos afectados clave (incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los transexuales, los profesionales del sexo, los usuarios de drogas inyectables, los migrantes, refugiados/poblaciones desplazadas, los presos); las organizaciones religiosas; las organizaciones de servicios relacionados con el sida; las organizaciones comunitarias; las organizaciones sindicales, las organizaciones de derechos humanos; etc. Nótese: El sector privado se considera por separado.

**1.9 ¿Han ajustado y armonizado los asociados para el desarrollo sus programas relacionados con el VIH con la estrategia nacional multisectorial?**

Sí, todos los asociados <input checked="" type="checkbox"/>	Sí, algunos asociados	No
---	-----------------------	----

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

---

**2. ¿Ha integrado el estado el VIH en sus planes de desarrollo general, tales como: a) el plan de desarrollo nacional, b) la evaluación nacional común / el Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo, c) la Estrategia para la reducción de la pobreza, y d) enfoque multisectorial)?**

Si <input checked="" type="checkbox"/>	No	N/C
--	----	-----

**2.1 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿se integra el apoyo al VIH en alguno de los siguientes planes de desarrollo específicos?**

PLANES DE DESARROLLO ESPECÍFICOS			
<i>Evaluación nacional común/marco de la ONU para la asistencia al desarrollo</i>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	No	N/C
<i>Plan de desarrollo nacional</i>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	No	N/C
<i>Estrategia para la reducción de la pobreza</i>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	No	N/C
<i>Enfoque multisectorial</i> (Programa de Acción Específica 2007-2012 en respuesta al VIH/SIDA e ITS)	SI <input checked="" type="checkbox"/>	No	N/C
<i>Otros (especificar)</i> Programa Sectorial de Salud (PROCESA) 2007-2012	SI <input checked="" type="checkbox"/>	No	N/C

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

<b>ÁREA RELACIONADA CON EL VIH INCLUIDA EN EL /LOS PLAN/ES DE DESARROLLO</b>		
<i>Alivio del impacto del VIH</i>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Reducción de las desigualdades de género que se relacionan con la</i>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No

<b>prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH</b>		
<b>Reducción de las desigualdades de ingresos que se relacionan con la prevención/tratamiento, atención y/o apoyo relativos al VIH</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>Reducción del estigma y la discriminación</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>Tratamiento, atención y apoyo (incluidos la seguridad social u otros planes)</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>Mayor poder económico de las mujeres (por .ejm., acceso al crédito, a la tierra y a la capacitación)</b>	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>Otros[especificar a continuación]:</b> Fortalecimiento de la participación de la sociedad civil y personas con VIH en la Política Nacional de VIH/SIDA	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No

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

Si <input checked="" type="checkbox"/>	No	N/C
--	----	-----

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

Bajo					Alto
0	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5

**4. ¿Cuenta el país con una estrategia para abordar los problemas del VIH entre sus cuerpo uniformados nacionales (incluidas las fuerzas armadas, de policía, los cuerpos para el mantenimiento de las paz, el personal penitenciario, etc.)?**

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

**5. ¿Ha seguido el país los compromisos acordados en la Declaración Política de 2011 sobre el VIH/sida?**

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

**5.1. ¿Se han revisado el presupuesto y la estrategia nacionales como corresponde?.**

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

**5.2. ¿Hay estimaciones fiables de las necesidades actuales y futuras en relación con el número de adultos y niños que necesitan terapia antirretrovírica?**

Estimaciones y necesidades futuras y actuales <input checked="" type="checkbox"/>	Solo estimaciones de necesidades futuras	No
---	--	----

**5.3. ¿Se hace un seguimiento de la cobertura del programa del VIH?**

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

**¿(a) SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿se vigila la cobertura por sexo (masculino, femenino)?**

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

**(b) SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿se vigila la cobertura por grupos de población?**

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

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué sectores de la población?**

El programa de VIH en México está enfocado en acciones de prevención, atención, tratamiento y apoyo. El seguimiento de la cobertura del programa se realiza tanto en personas que viven con VIH, así como en aquellas que se encuentran en potencial riesgo como las poblaciones clave (Hombres que tienen sexo con hombres, mujeres y hombres trabajadores del sexo comercial y usuarios de drogas inyectables) y población vulnerable (jóvenes y adolescentes, mujeres, niñas y niños, población migrante, clientes de clientes de personas trabajadoras sexuales, indígenas, mujeres y hombres en prisión).

La política de atención al VIH/SIDA cuenta con un sistema de monitoreo y seguimiento que se ocupa por un lado de la vigilancia epidemiológica de las personas con VIH, los casos de SIDA, las personas en tratamiento ARV, las defunciones por SIDA y la incidencia de ITS registradas; por otro lado, se hace el seguimiento de los insumos y servicios otorgados a las personas que viven con VIH, a las personas de las poblaciones clave y en vulnerabilidad; y a la población en general. CENSIDA coordina el sistema de información relativa al seguimiento de personas en tratamiento ARV a través del sistema de Administración Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR). Con este sistema se certifica el manejo clínico de las personas en tratamiento ARV, se controla la prescripción de medicamentos y las entradas y salidas del mismo en las farmacias donde se almacenan y custodian.

**Explique brevemente cómo se usa esa información:**

La información derivada de los sistemas de monitoreo y seguimiento permite conocer principalmente el tipo y características de la epidemia en México, evaluar cómo se está respondiendo a ella, vigilar el cumplimiento de la normatividad relacionada con la prevención y control del VIH/SIDA y las ITS y verificar el cumplimiento de metas y cobertura del Programa de Acción en el todo el país. Esto se realiza través de una serie de indicadores de impacto final, impacto intermedio y productos, con los cuales se busca medir la reducción de los niveles de incidencia, prevalencia, mortalidad y sobrevivencia relacionados con la epidemia de VIH/SIDA e ITS. Este sistema de indicadores proporciona información indispensable para identificar problemas de implementación de las acciones y proponer alternativas de solución para elevar la calidad de la atención de las personas con VIH/SIDA e ITS y reducir los índices de prevalencia de la enfermedad.

**(c) ¿Se vigila la cobertura por zona geográfica?**

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

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué niveles geográficos (provincial, de distrito, otros)?**

La vigilancia por cobertura a nivel geográfico se realiza a nivel nacional, estatal, jurisdiccional, local.

**Explique brevemente cómo se usa esa información:**

La información obtenida a través de la vigilancia de la cobertura por zona geográfica es útil para definir el tipo de epidemia que prevalece en cada entidad federativa del país y medir el grado de avance en la respuesta a la epidemia. También se utiliza para diseñar acciones estratégicas con el objeto de homologar el desempeño de las instituciones de salud y mejorar el nivel de respuesta de los Estados en todos los niveles. Por otra parte, esa información es un insumo para el sistema de monitoreo y seguimiento pues son la base de información para la elaboración de indicadores. Esta información se utiliza para la orientar la toma de decisiones a nivel político y gerencial.

**5.4 ¿Ha desarrollado el país un plan para fortalecer los sistemas de salud?**

Sí  No

**Incluya información sobre cómo esto ha impactado en las infraestructuras relacionadas con el VIH, en los recursos humanos y capacidades, y en los sistemas logísticos de suministro de fármacos:**

El diseño estratégico de acciones para el fortalecimiento a los sistemas de Salud relacionados con VIH ha generado avances sustanciales.

Actualmente cada una de las 32 entidades federativas del país cuenta con un plan programa de atención al VIH/SIDA.

En materia de infraestructura, se ha mejorado la cobertura en el servicio de atención y tratamiento a pacientes a través del incremento en el número de Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CAPASITS). Para diciembre de 2011 había 70 centros distribuidos en las entidades federativas del país, incluido el Distrito Federal; y otros 3 más se encontraban en construcción. Por otra parte, al cierre de 2011 se contaba con 66 Servicios de Atención Integral para personas con VIH/SIDA (SAI) que operan en 22 entidades federativas y de los cuales 23 cuentan con acreditación.

En materia de capacidades y recursos humanos, durante 2011 se llevaron a cabo jornadas de capacitación al personal de salud en materia de estigma discriminación, adherencia y manejo del sistema SALVAR. Además, se creó el Programa de Educación y Actualización Continua para Médicos de Personas que Viven con VIH (EDUMED-VIH). Este programa está dirigido a profesionales de la salud que atienden a personas que viven con VIH/SIDA en CAPASITS y en SAI, liderado por un grupo de especialistas del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" y articulado con el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA).

Respecto al sistema logístico de suministro de fármacos, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) coordina el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR), sistema informático para administrar la adquisición y distribución de los medicamentos antirretrovirales, así como dar seguimiento a los pacientes que viven con VIH/SIDA y que son atendidos de manera gratuita por la Secretaría de Salud en todo el país.

**6. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es "muy deficiente" y 10 es "excelente"), ¿cómo calificaría los esfuerzos de planificación estratégica de los programas de su país relacionados con el VIH en 2011?**

Muy deficiente										Excelente
0	1	2	3	4	5	6	7	8 <b>X</b>	9	10
<b>Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</b>										
<p>El país realiza sus programas de respuesta al VIH de manera sexenal, no obstante que el Programa de Acción Específica (PAE) vigente (2007-2012), se elaboró en 2007, de 2009 a la fecha han existido esfuerzos que han impactado positivamente en la respuesta al VIH.</p> <p>Desde 2009 hasta la fecha el CENSIDA ha continuado con la elaboración de sus Programas Anuales de Trabajo, en los cuales se plasman las actividades a realizar a fin de cumplir con el PAE 2007-2012. En adición, los programas de VIH/SIDA realizan su programación de trabajo; así como su programación de necesidades cada año. Cabe destacar que el CENSIDA realiza al menos dos reuniones de trabajo cada año con las entidades federativas a fin de trabajar asuntos relacionados a su programación anual de actividades, metas e insumos, incluyendo la necesidad de medicamentos antirretrovirales.</p> <p>Por otra parte, cada uno de las instituciones del sector público en salud; así como otros actores gubernamentales involucrados en la respuesta al VIH, realizan sus programaciones anuales, en las cuales incluyen el componente correspondiente a VIH.</p> <p>Lo anterior ha permitido por ejemplo un seguimiento continuo y preciso sobre la cantidad de medicamentos antirretrovirales que requieren las entidades federativas, lo que ha permitido contar con mecanismos de compra adecuados a las necesidades: en este punto cabe destacar que no ha existido desabasto de medicamentos antirretrovirales en el caso de las personas que atiende la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular.</p> <p>Mediante esta planificación también es posible desde el 2009 se paguen con recursos del Seguro popular las pruebas de monitoreo de carga viral y de linfocitos CD4, de las personas que atiende la Secretaría de Salud.</p> <p>La planificación estratégica permitió también dar continuidad al financiamiento del gobierno federal para la implementación de proyectos de prevención focalizada por parte de las organizaciones de la sociedad civil.</p> <p>Dentro de estos esfuerzos de planificación estratégica también es importante el proceso hoy día existente de negociación de precios de medicamentos antirretrovirales de manera conjunta por todas las instituciones del sector salud.</p>										
<b>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</b>										
<p>Aún cuando los procesos de planificación estratégica pudieran considerarse adecuados, en algunas ocasiones el tiempo que tarda en llegar el recurso económico a las instancias gubernamentales representa un factor de retraso para la implementación de las actividades y tareas planificadas.</p> <p>En algunos casos los trámites a nivel federal y a nivel estatal para ejercer algunos recursos suelen ser demasiado burocráticos, cuestión que también repercute en los tiempos de ejecución.</p>										

## II. APOYO Y LIDERAZGO POLÍTICOS

El apoyo político incluye al gobierno y los líderes políticos que hablan abierta y frecuentemente sobre el VIH/sida y demuestran su liderazgo a través de varias formas: la asignación de presupuestos nacionales para el apoyo de programas del VIH, y el empleo eficaz de las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil para el apoyo de programas del VIH.

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

<b>A. Ministros del gobierno</b>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No
----------------------------------	--	----

<b>B. Otros altos cargos a nivel subnacional</b>	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No
--	--	----

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

<i>(Por ejemplo, prometió más recursos para</i> rectificar los puntos débiles identificados en la respuesta al VIH, habló del VIH como un tema que concierne a los derechos humanos en un foro nacional/internacional, o hizo actividades como visitar una clínica del VIH, etc.)	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	No
---	--	----

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

Participación del Secretario de Salud en el Grupo Asesor Internacional en Acceso Universal, para la preparación de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas para VIH y SIDA. El Secretario de Salud José fue el único Ministro de Salud del mundo dentro de este grupo compuesto por expertos internacionales de diversos sectores; y el único representante de América Latina.

Participación del Secretario de Salud como Jefe de la Delegación de México en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas para VIH y SIDA en 2011 en Nueva York, en la que logró, entre otras cosas, que en la "Declaración Política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA" se mencionaran por primera vez los hombres que tienen sexo con hombres, las personas que se dedican al trabajo sexual y las personas que usan drogas inyectables. Esta reunión también dio lugar a un espacio de interlocución entre el Secretario de Salud y organizaciones de la sociedad civil mexicanas, reunidas en esa ciudad.

Desde 2010, México forma parte de la Junta Directiva del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria (GFATM por sus siglas en inglés) en calidad de representante de América Latina y el Caribe, fungiendo el Director general del CENSIDA como representante titular en el 2010 y como representante alterno en el 2011.

México fue seleccionado por OUNUSIDA para ser sede de la "Consulta Regional y Reunión de Alto Nivel sobre de Acceso Universal a la prevención, atención, tratamiento, apoyo y cuidado en VIH/SIDA: América Latina unida" que se desarrolló los días 1 y 2 de marzo de 2011. La consulta contó con la presencia de autoridades de alto nivel y líderes clave de la región, incluyendo algunos ministros y viceministros de salud, entre ellos el Secretario de Salud de México; así como los jefes de programas de VIH/SIDA de Latinoamérica. Asistieron también académicos, investigadores, representantes de las redes regionales con trabajo en VIH/SIDA; y autoridades regionales del ONUSIDA y de sus agencias copatrocinadoras.

El Secretario de Salud participó en la inauguración del XII Congreso Nacional sobre VIH/SIDA y

otras ITS, realizado del 26 al 29 de julio en la ciudad de Villahermosa, Tabasco. En este evento, el Secretario de Salud fue acompañado por el Gobernador del Estado de Tabasco, el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular), el Representante para América Latina del ONUSIDA, el Secretario de Salud del Estado de Tabasco, y el Director General del CENSIDA.

El Secretario de Salud encabezó la Conmemoración del por el Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, destacando la importancia de seguir enfrentando la epidemia a través de una atención integral y multisectorial con base en los derechos humanos y con esa perspectiva ninguna persona debe ser ajena al tema. En ese sentido, subrayó el compromiso del Gobierno de México por proporcionar atención a toda la población, incluida aquella que carece de seguridad social, quienes reciben atención y tratamiento necesarios a través del Seguro Popular. Además destacó la importancia de priorizar la prevención sobre la curación con educación y promoción de la salud para incidir en el control de la infección por el VIH y lograr que cada persona ejerza su sexualidad de manera responsable.

El Secretario de Salud presidió durante 2010 y 2011 las 2 reuniones anuales del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CONASIDA).

En 2011 el Programa Conjunto y el Grupo Temático del Sistema de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA en México (ONUSIDA), reconoció al gobierno de México por su alto compromiso, logros y esfuerzos realizados a través de la Secretaría de Salud, para responder al VIH/SIDA, mediante la entrega de un reconocimiento al Secretario de Salud, por parte del Director Regional para América Latina de ONUSIDA. Por su parte, el Presidente del Grupo Temático de ONUSIDA en México reconoció y destacó el compromiso del gobierno para asegurar el acceso universal al tratamiento antirretroviral, el incremento en los servicios de atención especializada a través de los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del VIH/SIDA (CAPACITS), entre otros.

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

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

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

---

**2.1**

<b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, el órgano multisectorial nacional del sida:</b>		
<b>¿Tiene términos de referencia?</b>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>¿Tiene liderazgo y participación activos del gobierno?</b>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>¿Tiene un presidente oficial?</b>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuál es su nombre y su cargo?</b>		
Salomón Chertorivski Woldenberg		
Secretario de Salud		

Presidente del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CONASIDA)		
<i>¿Tiene una composición definida?</i>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuántos miembros lo componen?</b> 30		
<i>¿Incluye a representantes de la sociedad civil?</i>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a cuántos?</b> 8		
<i>¿Incluye a las personas que viven con el VIH?</i>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a cuántas?</b> Por lo menos una.		
<i>¿Incluye al sector privado?</i>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>¿Fortalece la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes?</i>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No

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

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

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

El Programa rector de la política de VIH/SIDA en México incluye ampliamente la participación de actores no gubernamentales en la ejecución de estrategias en relativas al VIH, particularmente en el área de prevención.

Desde 2006, el CENSIDA emite Convocatorias Públicas a través de las cuales se financian con recursos federales acciones para la implementación de proyectos de prevención focalizada en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad por parte de las organizaciones de la sociedad civil. Sólo en 2010 y 2011 se financiaron 176 proyectos en las siguientes categorías temáticas: prevención focalizada en poblaciones clave, mujeres en alta vulnerabilidad, estrategia de modificación de normas sociales, reducción de la de la vulnerabilidad, prevención en las fronteras, provisión de asistencia técnica, participación y vigilancia ciudadana y prevenir en educación. El CENSIDA trabaja para la institucionalización de estas acciones de manera conjunta con las organizaciones de la sociedad civil.

Derivado de los compromisos asumidos por el gobierno durante el XII Congreso Nacional de VIH/SIDA y otras ITS y como estrategia de participación ciudadana para el aseguramiento del acceso universal, fue conformado el Grupo de Seguimiento a la Política Pública de Abasto de Medicamentos Antirretrovirales (ARV) de la Secretaría de Salud, en el cual participan Organizaciones de la Sociedad Civil, organismos internacionales como observadores del proceso, y directivos del CENSIDA.

Participación de las organizaciones de la sociedad civil en la toma de decisiones en materia de

política de VIH/SIDA, a través de sus representantes (8 personas) con voz y voto en las sesiones del Consejo Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA), en los Comités y mesas de trabajo de ese consejo.

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

Las organizaciones de la sociedad civil tienen participación en el CONASIDA y en sus comités, a través de representantes que ellas mismas elijen, sin embargo, no siempre se encuentran ocupadas las 8 vocalías que le corresponden a la sociedad civil en el Consejo. Por ello, es importante establecer un mecanismo para dar continuidad a la representación de las OSC en los diferentes órganos colegiados y establecer un vínculo efectivo para que la información y decisiones que se toman en el seno del Consejo llegue a todas las organizaciones sociales a través de sus representantes. Durante la segunda mitad del 2011 no existió representación de las organizaciones de la sociedad civil en el CONASIDA, debido a que la vigencia de las vocalías se venció; y la sociedad civil no pudo coordinar un proceso para elegir a sus nuevos representantes ante instancias de gobernanza en materia de VIH/SIDA del país. Aún cuando este sector manifestó que ellos coordinarían tal proceso y que no requerían ningún tipo de apoyo gubernamental para el mismo.

Es necesario incrementar los esfuerzos conjuntos para la profesionalización de las organizaciones de la sociedad civil a través de la capacitación y formación para asistencia técnica.

Se requiere también incrementar los recursos financieros y humanos para una mejor articulación de acciones entre los sectores público, social y privado.

Es necesario fortalecer vínculos con el sector privado para lograr un mayor involucramiento a través de recursos, acciones y difusión de información.

Es necesario fortalecer los incentivos para la generación de nuevos liderazgos entre las poblaciones clave y afectadas.

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

**28.32%<sup>18</sup>**

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

Desarrollo de las capacidades	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
Coordinación con otros asociados de ejecución	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
Información sobre las necesidades prioritarias	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
Adquisición y distribución de fármacos u otro suministros	Si <input checked="" type="checkbox"/> <sup>19</sup>	No
Orientación técnica	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
Otros (especificar): Financiamiento para la ejecución de proyectos de prevención. Foros de discusión sobre temas claves de la respuesta al VIH y	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No

<sup>18</sup> Porcentaje correspondiente al presupuesto ejercido tanto en proyectos de prevención realizados por las OSC a través de la Convocatoria Pública para el fortalecimiento de la respuesta de prevención de la sociedad civil ante el VIH/SIDA e ITS y como el de becas otorgadas a las OSC con motivo del XII Congreso Nacional sobre VIH/SIDA e ITS, respecto del presupuesto total de CENSIDA ejercido en 2011.

<sup>19</sup> Se refiere a compra de condones para distribución en poblaciones clave mediante proyectos financiados con recurso federal a través de convocatorias públicas.

actividades satélites en el marco del XII Congreso Nacional sobre VIH/SIDA y otras ITS como las siguientes:  
 Participación en "Foro de mujeres y VIH: Hacia el fortalecimiento de los liderazgos femeninos en la respuesta hacia el VIH/SIDA de las mujeres en México", en el "Foro Nacional de Jóvenes: Dando una respuesta integral al VIH", en la "Reunión de Population Services International para la conformación de la Red UDI"; en el "IV Foro Comunitario: Empoderamiento hacia la Acción", en el "Simposio Satélite: Retos en la prevención dirigida a HSH", en el "Taller de indicadores para mujeres"; en la "Reunión de trabajadoras y trabajadores sexuales"; en un taller para los medios de comunicación y en la "Segunda marcha nacional por el derecho a las diversidades".

\* Se refiere a compra de condones para distribución en poblaciones clave mediante proyectos financiados con recurso federal a través de convocatorias públicas.

**6. ¿Ha revisado el país las políticas y la legislación nacionales para determinar cuáles, si las hubiera, son contradictorias con las políticas de control nacional del SIDA?**

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

**6.1 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿se han enmendado las políticas y la legislación para que sean coherentes con las políticas nacionales de control del sida?**

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

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

En noviembre de 2010 concluyo la revisión y modificación de la NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, en apego al procedimiento establecido en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y su reglamento.

Con la participación de dependencias gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil, se modifico la NOM, en términos de actualización de los métodos, principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control, que abarcan la detección, el diagnóstico oportuno, la atención y tratamiento médico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ya que constituye, por su magnitud y trascendencia, un grave problema de salud pública en México.

Los temas que fueron modificados para una mejor aplicación de la Norma fueron:

1. Objetivo y campo de aplicación
2. Medidas de prevención del VIH y promoción de la salud
3. Medidas de control
4. Investigación

5. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

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

----

**7. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es "muy deficiente" y 10 es "excelente"), ¿cómo calificaría el apoyo político al programa del VIH en 2011?**

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

**Desde 2009, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo? :**

El apoyo político al programa del VIH en México puede medirse en función de los avances en materia de atención y tratamiento, prevención, apoyo, infraestructura, cobertura, etc. Entre las acciones más destacadas podemos citar las siguientes:  
 Acceso universal a través del Fideicomiso de Gastos Catastróficos (FGC) del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mediante el cual se garantiza la compra de medicamentos para su distribución gratuita a todas las personas con VIH que no cuenten con seguridad social y que se encuentren en necesidad de recibir este tratamiento conforme a indicación médica.  
 Ampliación de la infraestructura para la atención y tratamiento integral a personas con VIH, SIDA e ITS (CAPACITS Y SAI).  
 Mejoramiento de los sistemas de información en VIH/SIDA/ITS.  
 Implementación del Proyecto del Fondo Mundial de la Ronda 9 del FGTSM con liderazgo técnico del CENSIDA/Programa Nacional.  
 De 2009 a 2011 se incrementó en 62% el monto de los recursos destinados a proyectos de prevención focalizada implementados por las organizaciones de la sociedad civil.  
 Aumento de Campañas de prevención a través de medios masivos de comunicación (radio y TV), Internet, redes sociales, portales intergubernamentales; así como en 138 medios de comunicación alternos como: transporte público, espectaculares y vestimenta de puestos en puntos clave.

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

Se requieren mayores recursos para las acciones de prevención focalizada.  
 Es necesario homologación de criterios básicos en la prestación de servicios por parte de las diferentes instancias del sector salud.  
 Requerimos fortalecer la respuesta al VIH/SIDA a nivel local y municipal, para que los gobiernos de esos niveles destinen mayores recursos al control y prevención del VIH/SIDA en sus respectivas competencias territoriales.  
 Es necesario asegurar el apoyo e involucramiento de todas las dependencias y entidades de la administración pública federal que se encuentran consideradas en el programa nacional de VIH/SIDA, particularmente a las autoridades educativas para que avancen en la implementación de acciones en materia de educación integral sobre sexualidad y en la promoción de la salud sexual y reproductiva con base en evidencia científica y en beneficio de las y los jóvenes.

### III. DERECHOS HUMANOS.

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

POBLACIONES CLAVE y GRUPOS VULNERABLES	SI	NO
<i>Personas que viven con el VIH</i>		X
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>		X
<i>Poblaciones migrantes/móviles</i>		X
<i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i>		X
<i>Personas con discapacidades</i>		X
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>		X
<i>Internos en prisiones</i>		X
<i>Profesionales del sexo</i>		X
<i>Transexuales</i>		X
<i>Mujeres y niñas</i>		X
<i>Jóvenes</i>		X
<i>Otras subpoblaciones vulnerables específicas [especificar]</i>		X

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

Sí X	No
------	----

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

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. El objeto de la misma es prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato.

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

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

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

El CONAPRED es la institución rectora para promover políticas y medidas tendientes a contribuir al desarrollo cultural y social y avanzar en la inclusión social y garantizar el derecho a la igualdad, que es el primero de los derechos fundamentales en la Constitución Federal.

También se encarga de recibir y resolver las reclamaciones y quejas por presuntos actos discriminatorios cometidos por particulares o por autoridades federales en el ejercicio de sus funciones. Asimismo, el CONAPRED desarrolla acciones para proteger a todos los ciudadanos y las ciudadanas de toda distinción o exclusión basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, que impida o anule el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas (artículo 4º Ley Federal para Prevenir la Discriminación).

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

<b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué poblaciones clave y grupos vulnerables?</b>		
<b>Personas que viven con el VIH</b>	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</b>	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Poblaciones migrantes/móviles</b>	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Huérfanos y otros niños vulnerables</b>	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Personas con discapacidades</b>	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Usuarios de drogas inyectables</b>	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Internos en prisiones</b>	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Profesionales del sexo</b>	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Transexuales</b>	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Mujeres y niñas</b>	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Jóvenes</b>	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Otras poblaciones vulnerable específicas* [especificar a continuación]:</b>	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>

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

----

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

----

- Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados)

## IV. PREVENCIÓN

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

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

<b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> ¿qué mensajes clave se promueven explícitamente?		
Abstenerse del consumo de drogas inyectables	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
Evitar las relaciones sexuales remuneradas	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
Evitar las relaciones sexuales intergeneracionales	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
Fidelidad	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
Abstinencia sexual	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
Aplazamiento del inicio de la actividad sexual	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
Práctica de relaciones sexuales seguras	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
Combatir la violencia contra las mujeres	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
Mayor aceptación y participación de las personas que viven con el VIH	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
Mayor participación de los varones en programas de salud reproductiva	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
Conocimiento del estado serológico con respecto al VIH	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
Circuncisión masculina bajo supervisión médica	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
Promoción de una mayor igualdad entre hombres y mujeres	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
Reducción del número de parejas sexuales	Sí	No <input checked="" type="checkbox"/>
Uso de equipo de inyección estéril	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
Uso sistemático del preservativo	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No
Otros: (escribir abajo) Educación sexual integral, basada en evidencia científica y en el respeto a los derechos humanos, de acuerdo a la edad de la población a la que va dirigida, generalmente niñas, niños, adolescentes y jóvenes.	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No

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

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

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

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

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

Las escuelas primarias?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	NO
Las escuelas secundarias?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	NO
La formación de maestros?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	NO

**2.2 ¿Proporciona la estrategia/plan de estudios la misma educación sobre salud sexual y reproductiva a los jóvenes de ambos sexos?**

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

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

SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO
--	----

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

SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO
--	----

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

El Programa Nacional de para la Prevención y Control del SIDA en México, 2007-2012, en su estrategia "Prevenir la transmisión del VIH y controlar la epidemia del SIDA", establece como una línea de acción la de mantener campañas de comunicación que se apeguen a los lineamientos técnicos y que promuevan comportamientos sexuales exentos de riesgo para prevenir la transmisión del VIH/SIDA, promover la detección oportuna, y la disminución del estigma, la discriminación y la homofobia. Esta estrategia es la base de las acciones en materia de sensibilización social y mitigación del daño, concientización sobre los derechos humanos, el estigma, la discriminación y la homofobia relacionados con la enfermedad y los grupos afectados. Conforme a esta estrategia, se llevan a cabo campañas permanentes de comunicación y difusión dirigidas a la prevención del VIH, la reducción del estigma y la discriminación y campañas contra la

homofobia a nivel nacional.

En esta estrategia, la participación de las organizaciones de la sociedad civil es fundamental a través del financiamiento de proyectos de prevención focalizados a poblaciones clave.

**3.1 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué poblaciones y qué elementos de la prevención del VIH cubre la política/estrategia?**

Las poblaciones clave, HSH, TTT, TS, PUDI, PVVS, privados de libertad, mujeres en situación de trata, mujeres embarazadas, jóvenes.

**X Marque las poblaciones y elementos específicos incluidos en la política/estrategia**

	UDI*	HSH†	Profesiones del sexo	Clientes de los profesionales del sexo	Población reclusa	Otras Subpoblaciones# (especificar)
Promoción del preservativo	X	X	X	X	X	Transexuales y transgénero, adolescentes y , jóvenes, mujeres en contextos de alto riesgo y vulnerabilidad, mujeres embarazadas.
Terapia de sustitución de drogas	X					
Asesoramiento y pruebas de VIH	X	X	X	X	X	Transexuales y transgénero, adolescentes y , jóvenes, mujeres en contextos de alto riesgo y vulnerabilidad, mujeres embarazadas.
Intercambio de jeringas y agujas	X					
Salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	X	X	X	X	X	Transexuales y transgénero, adolescentes y jóvenes, mujeres en contextos de alto riesgo y vulnerabilidad, mujeres

\* PUDI= Personas Usuarias de drogas inyectables

† HSH=Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

TTT: Transsexuales, travesti, transgénero.

# Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados).

						embarazadas.
Reducción de la vulnerabilidad (p.ej., generación de ingresos)			X			
Información para destinatarios específicos sobre reducción del riesgo y educación sobre el VIH	X	X	X		X	Transexuales, transgénero y travestis.
Reducción del estigma y la discriminación	X	X	X		X	Transexuales, transgénero y travestis.

\*CDI=consumidores de drogas inyectables

\*HSH=hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

\*IEC= información, educación, comunicación

**3.2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es "muy deficiente" y 10 es "excelente"), ¿cómo calificaría los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH en 2011?.**

**Marque con una X**

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

**Desde 2009, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?**

Los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH son palpables. Como señalamos en la sección de apoyo político al programa del VIH en México, gracias a la voluntad política en el más alto nivel del gobierno hemos logrado el acceso universal a través de las acciones del Seguro Popular para garantizar que quienes no cuentan con un esquema de seguridad social y requieran el tratamiento puedan tener acceso a él de manera gratuita. Hemos avanzado en la ampliación de la infraestructura para la atención y tratamiento integral a personas con VIH, SIDA e ITS (CAPASITS Y SAI), así como en la capacitación al personal de salud.

Se está implementando el Proyecto del Fondo Mundial de la Ronda 9 del FGTSM con liderazgo técnico del CENSIDA/Programa Nacional para la implementación de un proyecto de prevención en hombres que tienen sexo con otros hombres y usuarios de drogas inyectables en las 44 ciudades más afectadas por la epidemia en estas poblaciones en el país.

Estamos trabajando en el fortalecimiento de las organizaciones sociales. De 2009 a 2011 se incrementó en 62% el monto de los recursos destinados a proyectos de prevención focalizada implementados por las organizaciones de la sociedad civil. En 2009 la inversión para estos proyectos fue de \$25, 165,418.00, en el 2010, el monto de la inversión de \$26, 91,400.50. El mayor incremento lo hemos realizado en 2011, año en el que se invirtieron \$40, 814,119.47 para financiar proyectos.

Se incrementó el número de Campañas de prevención a través de medios masivos de comunicación (radio y TV), Internet, redes sociales, portales intergubernamentales y en medios alternos.

Se impulsaron nuevos temas en materia de prevención, como la campaña de prevención de de la transmisión vertical del VIH, así como las acciones para la oferta sistemática de las pruebas de

detección del VIH y sífilis en todas las mujeres durante su atención prenatal o en el parto. Por otra parte se están reforzando las acciones para que todas las mujeres embarazadas viviendo con VIH y sus bebés tengan acceso a los servicios de los centros de atención de VIH para su seguimiento y control, a fin de lograra que sus bebés se mantengan sin infección.

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

Es necesario lograr un incrementar los recursos para la prevención focalizada que se ejercen a través de las organizaciones sociales.

La política nacional de respuesta al VIH/SIDA requiere mayor aportación técnica por parte de las organizaciones de la sociedad civil.

Requerimos un incremento en los recursos para la investigación y producción de mayor conocimiento sobre determinantes de la salud.

**4. ¿Ha identificado el país necesidades específicas en los programas de prevención del VIH?**

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?** SI  No

A través de investigación operativa basada en indicadores, análisis situacionales, identificación de necesidades de asistencia técnica con participación de asesores externos y validación con las poblaciones clave y afectadas, mecanismos de diálogo con la sociedad civil y población clave para el diagnóstico participativo de necesidades específicas, diagnósticos focalizados como el desarrollado para el proyecto Fondo Mundial en el que se realizó un "Diagnóstico situacional sobre la epidemia de VIH y factores asociados en el país", que tendrá como resultado la medición de prevalencia de VIH en HSH y UDI; así como información clave sobre determinantes asociados al riesgo de infección en estas poblaciones.

**SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿cómo están ampliándose los programas de prevención del VIH**

---

## 4.1 ¿En qué grado se ha aplicado la prevención del VIH?\*

<b>La mayoría de las personas necesitadas disponen de acceso a ...</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>N/C</b>
Seguridad hematológica				X	
Promoción del preservativo				X	
Reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables			X		
Programas para jóvenes no escolarizados			X		
Prevención del VIH en el lugar de trabajo			X		
Asesoramiento y pruebas del VIH				X	
IEC* sobre reducción del riesgo			X		
IEC* sobre reducción del estigma y discriminación				X	
Prevención de la transmisión materno infantil del VIH				X	
Prevención para las personas que viven con el VIH				X	
Servicios de salud reproductiva, incluidos prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual			X		
Reducción del riesgo para las parejas íntimas de las poblaciones clave			X		
Reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres				X	
Reducción del riesgo para los profesionales del sexo				X	
Educación escolar sobre el VIH para jóvenes			X		
Precauciones universales en entornos de atención sanitaria			X		
<b>Otros[especificar]:(especificar)</b>					

\* IEC = información, educación, comunicación

**5. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es "muy deficiente" y 10 es "excelente"), ¿cómo calificaría los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH en 2011?**

Muy deficiente								Excelente		
0	1	2	3	4	5	6	7	8 <input checked="" type="checkbox"/>	9	10
<b>Desde 2009 ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?</b>										
<p>En materia de ejecución o implementación de la política nacional e VIH/SIDA en materia de prevención, hemos avanzado en la focalización de la prevención a poblaciones clave, ha habido continuidad en la financiación de proyectos a las organizaciones de la sociedad civil, estamos trabajando de manera permanente y sistemática en la disminución del estigma u discriminación. Se están implementando de manera exitosa diferentes campañas de prevención e información en salud sexual así como la campaña de prevención de la transmisión vertical materno-infantil "Futura mamá, hazte la prueba del VIH/SIDA", y la campaña "Logremos el CERO. Cero nuevas infecciones, cero discriminación y cero muertes por VIH/SIDA". Se llevan a cabo de manera regular campañas para la distribución de insumos de prevención (condones masculinos, gel lubricante y kits preventivos para la reducción de daños en personas que usan drogas inyectables) principalmente en población clave y vulnerable pero también a población general.</p>										
<b>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?</b>										
<p>Se requieren nuevos liderazgos sociales y privados en la respuesta al VIH/SIDA. Es necesaria la profesionalización de las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH/SIDA que son ejecutoras de proyectos financiados con recursos federales. Requerimos mayor inversión de recursos financieros y humanos para lograr las metas establecidas en el Programa de Acción específico 2007-2012. Uno de los retos más importantes para prevenir la transmisión del VIH y controlar la epidemia del Sida es fortalecer y ampliar las acciones para detección oportuna del VIH. Es imprescindible el involucramiento más activo por parte del sector educativo del país para incrementar las acciones en materia de educación sexual en el sistema de educación pública.</p>										

## V. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO.

### 1. ¿Ha identificado el país los elementos necesarios en un paquete integral de servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

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

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente los elementos y a cuáles se les ha dado prioridad:

Acceso Universal al tratamiento antirretroviral a través del Sistema de Protección Social en Salud para población sin seguridad social; así como mediante la seguridad social para personas que cuentan con este mecanismo.

Diagnóstico temprano de VIH/SIDA, con énfasis en poblaciones en mayor riesgo.

Monitoreo de la eficacia y resistencia al tratamiento antirretroviral

Eliminación de la transmisión vertical del VIH/SIDA y sífilis congénita.

Diagnóstico y tratamiento coinfección por tuberculosis activa y latente

Diagnóstico y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual

Diagnóstico y tratamiento de *Pneumocistis jiroveci*

**Describa brevemente cómo están ampliándose los servicios de tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH**

Continuidad de política sobre acceso universal, en el caso de la población no asegurada mediante el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular); y en el caso de la población con esquemas de seguridad social a través de dicho sistema.

**1.1. ¿En qué grado están ejecutándose los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?**

<b>La mayoría de las personas necesitadas dispone de acceso a...</b>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
Terapia antirretrovírica	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>	N/C
Terapia antirretrovírica para los pacientes de Tuberculosis	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	N/C
Profilaxis con cotrimoxazol para exposiciones ocupacionales al VIH	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	N/C
Diagnóstico infantil precoz	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	N/C
Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativo)	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	N/C
Servicios de tratamiento en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	N/C
Atención nutricional	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	N/C
Tratamiento pediátrico del sida	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	N/C
Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	N/C
Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p.ej. agresión sexual)	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	N/C
Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y sus familias	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	N/C
Gestión de Infecciones transmitidas por vía sexual	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	N/C
Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en centros sanitarios	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	N/C
Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con VIH	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	N/C
Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	N/C
Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	N/C
Otros: <i>(especificar)</i>	1	2	3	4	N/C

**2. ¿Dispone el gobierno de una política o estrategia para prestar apoyo social y económico a las personas infectadas con/afectadas por el VIH?**

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

**Aclare qué tipo de ayuda social y económica se ha brindado:**

----

**3. ¿Dispone el país de una política o estrategia para desarrollar/usar medicamentos genéricos o importar paralelamente medicamentos para el VIH?**

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

**4. ¿Tiene el país acceso a la obtención y suministro a nivel regional de los mecanismos de control de materias esenciales, como los fármacos para la terapia antirretrovírica, preservativos, y medicamentos de sustitución?**

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

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué tipo de materias?**

----

**5. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es "muy deficiente" y 10 es "excelente"), ¿cómo calificaría los esfuerzos hacia la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2011?**

Muy deficientes										Excelentes
0	1	2	3	4	5	6	7	8 <input checked="" type="checkbox"/>	9	10

**¿Desde el 2009, cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?**

Mejoría en el nivel de detección, oportunidad en el acceso al tratamiento y monitoreo de la eficacia del mismo. Centro de atención especializada en VIH en todo el país. Operación de un programa específico para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH/Sífilis congénita, espacios libres de homofobia y discriminación en los servicios de atención especializada. Programas de mejora de las competencias en el personal de salud que proporciona los servicios diagnóstico y tratamiento de otras de atención para las personas con VIH. Mejora en el nivel de detección de la coinfección de tuberculosis, así como del tratamiento de la tuberculosis activa, latente. Accesibilidad a infecciones de transmisión sexual y principales infecciones oportunistas. En el 2011 se dio inicio al fortalecimiento de una estrategia para mejorar el apego al tratamiento de las personas, mediante el fortalecimiento de capacidades y destrezas en los equipos multidisciplinarios del personal de los CAPASITS y de los SAI que se dedican a brindar atención, capacitando a 15 personas en una primera instancia quienes continuarán con esta etapa de la estrategia capacitando a personal de sus unidades, de sus estados y de su región.

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

Reforzar la coordinación de los servicios de salud reproductiva a los centros de atención especializada de VIH; así como la coordinación de los programas y servicios de VIH/SIDA de las diversas instancias que conforman el sector salud, con los programas y servicios que atienden otros asuntos de salud pública convergentes a la epidemia del VIH. Involucrar a la comunidad en la respuesta al VIH a través de programas de integración específicos.

**5.1 ¿Tiene el país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables?**

SI <input checked="" type="checkbox"/> <sup>20</sup>	NO	NC
--	----	----

**5.2 si la respuesta es afirmativa, ¿hay en el país alguna definición operativa para "huérfano" y "niño vulnerable"?**

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

**5.3 si la respuesta es afirmativa, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?**

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

**5.4 si la respuesta es afirmativa, ¿tiene el país una estimación del número de huérfanos y otros niños vulnerables al que han llegado las intervenciones existentes?**

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

**5.5 Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué porcentaje de huérfanos y otros niños vulnerables se está llegando?**

%
---

**6. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es "muy deficiente" y 10 es "excelente"), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables in 2011?**

Muy deficientes										Excelentes
0	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>	6	7	8	9	10
<b>Desde 2009, ¿Cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?</b>										
----										

<sup>20</sup> Se refiere a l Programa de atención a familias y población vulnerable del Sistema Nacional DIF, en la sección sobre atención especializada se menciona como grupo beneficiario al de los niños viviendo con VIH. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5173508&fecha=31/12/2010](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5173508&fecha=31/12/2010)

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

Fortalecer la coordinación entre el Sistema de Desarrollo Integral para la Familia (DIF); y con la Secretaría de Desarrollo Social para realizar trabajo en materia de prevención y detección del VIH en huérfanos, niños en situación de calle; así como otros niños vulnerables.

## VI. VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

### 1. ¿Tiene establecido el país un plan nacional de vigilancia y evaluación (V+E)?

Si <input checked="" type="checkbox"/>	En preparación	No
--	----------------	----

#### *Describe brevemente los problemas encontrados en el desarrollo o implementación:*

La vigilancia y evaluación de la política en materia de VIH/SIDA requiere de un sistema sólido de información de la epidemia y de la respuesta a la misma. Aún cuando ha habido avances importantes en vigilancia y evaluación, contamos con algunos retos importantes asociados a la operación de distintos sistemas y subsistemas de información que operan simultáneamente.

1. Aún se cuenta con un sistema de información fragmentado que depende de datos provenientes de diversos subsistemas y de diversas dependencias, particularmente en cuanto a los datos de Personas en Tratamiento ARV y en el sistema de información sobre los insumos otorgados por las diversas instituciones públicas de salud (SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR).
2. Las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH/SIDA, cuentan con amplia experiencia y realizan múltiples actividades en materia de prevención con financiamiento público y de otros tipos. El último año ha habido esfuerzos por sistematizar en un registro nacional todas las actividades que llevan a cabo las organizaciones a través del financiamiento público, sin embargo, es necesario consolidar a un sistema de información que incluya todas las acciones de la sociedad civil realizadas con financiamiento de diversa índole, de manera que tengamos una perspectiva integrada de los esfuerzos públicos, privados y sociales en la lucha contra el VIH/SIDA que se realizan en el país.
3. Es necesario regular de alguna manera la continuidad de encuestas nacionales que proveen información asociada a la epidemia o a la respuesta al VIH en el país; así como estandarizar la periodicidad de las mismas. Se requiere mejorar la articulación de las diversas instancias que realizan encuestas nacionales para poder incorporar en las mismas algunas preguntas específicas en materia de VIH y SIDA. Un factor importante es que en la mayoría de las veces se requiere de recursos adicionales para obtener esta información, sin embargo, los presupuestos son cambiantes en cantidades y rubros. Resultará fundamental encontrar estrategias para vincular en mejor grado la realización de este tipo de encuestas periódicas a fin de obtener datos de utilidad para el monitoreo y la medición de la epidemia en México.
4. Asociado con el reto anterior, la cobertura en la realización de encuestas serológicas y de comportamiento en poblaciones clave que se realizan en zonas del país con mayor incidencia y en grupos potencialmente expuestos, sigue estando limitada a las acciones que realiza el gobierno a través de la Secretaría de Salud. Por ello, es necesario el involucramiento de otros sectores como la academia y la sociedad civil para incrementar el número de encuestas y las zonas de cobertura así como el tipo de datos que se recolectan de manera que se puedan reportar los indicadores requeridos por naciones unidas en su totalidad.
5. Otro factor a considerar es la periodicidad diversa que tienen las diferentes dependencias del sector público en salud para el reporte y cierre de sus datos en sus sistemas de información.

**1.1 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, años cubiertos:**

2007-2012

**1.2 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿disponen los asociados clave de requisitos sobre V+E (incluidos los indicadores) en consonancia con el plan nacional de V+E?**

Sí, todos los Asociados	Sí, algunos asociados <input checked="" type="checkbox"/>	No	N/C
-------------------------	---	----	-----

**Describe brevemente cuáles son los problemas:**

Todos los asociados están obligados a realizar las acciones en materia de monitoreo y seguimiento enmarcadas en el documento normativo y rector de la política de VIH/SIDA que es el Programa de Acción para la prevención y control del VIH/SIDA, 2007-2012. Sin embargo, cada una de las instituciones de salud del sector público, tienen sus propios sistemas de información sobre la entrega servicios e insumos, los cuales incluyen la información que cada institución considera esencial y suficiente para sus propios procesos. En este sentido, las lógicas de operación institucionales internas de las actividades de monitoreo y seguimiento de cada uno de los asociados no coincide completamente con la lógica de operación de un sistema interinstitucional e intersectorial. Por otra parte, hay sectores como el privado cuya aportación al sistema de información para el monitoreo y la evaluación es limitada

**2. ¿El plan nacional de vigilancia y evaluación incluye lo siguiente?**

Una estrategia para recopilación de datos	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
<b>Si la respuesta es afirmativa, ¿comprende esta:</b>		
Encuestas de comportamiento?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
Evaluación/estudios de investigación?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
Vigilancia de la Resistencia a los fármacos para el VIH?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
Vigilancia del VIH?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
Una vigilancia sistemática del programa?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
Una estrategia de análisis de los datos?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
Una estrategia de divulgación y uso de los datos?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No

Un conjunto bien definido y normalizado de indicadores, que incluya desglose por sexo y edad (si corresponde)?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
Directrices sobre los instrumentos de recopilación de datos?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No

### 3. ¿Existe un presupuesto para la implementación del plan de vigilancia y

Si <input checked="" type="checkbox"/>	En preparación	No
--	----------------	----

evaluación?

#### 3.1 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿Qué porcentaje de la financiación total del programa del VIH se ha destinado a actividades de E+V en el presupuesto?

5.73%<sup>21</sup>

### 4. ¿Existe una unidad funcional de vigilancia y evaluación en el país?

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

#### Describa brevemente los problemas:

El centro nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA, instancia encargada de la rectoría para la aplicación del Programa de Acción Específico sobre VIH y SIDA, cuenta con una unidad de vigilancia y evaluación (Dirección de Investigación Operativa), no obstante lo anterior, los recursos humanos el personal técnico estructural (recursos humanos) adscrito a esta unidad resulta hoy día insuficiente para realizar a plenitud las acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación de la política del programa de VIH y SIDA. Lo anterior se relaciona también a la escasez de recursos financieros y materiales para fortalecer dicha área.

#### 4.1. ¿Dónde tiene su base la unidad nacional de V+E?

¿En el ministerio de salud?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
¿En la Comisión Nacional de VIH (o equivalente)?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
¿en otra parte? ( <i>especificar</i> )	Si	No <input checked="" type="checkbox"/>

#### 4.2. ¿Cuántas personas y con qué cargo trabajan en la Unidad nacional de V+E?

Número de empleados permanentes: 20

<sup>21</sup> Porcentaje correspondiente al presupuesto ejercido durante 2011 por la Dirección de Investigación Operativa respecto del presupuesto total del CENSIDA.

<b>CARGO [especificar cargo en los espacios a continuación]</b>	<b>Jornada completa</b>	<b>Media jornada</b>	<b>¿Desde cuándo?<sup>22</sup>:</b>
<b>Empleados permanentes [añada los que sean necesarios]</b>			
Un Director	X		2011
Una Subdirectora	X		2004
Un investigador	X		1992
Personal de Rama Médica 3 personas	X		1994
Personal de Apoyo Administrativo 12 personas		X	1996
<b>Número de empleados temporales:</b>			
Cargo: (especificar) Una Asesora	X		2011
Cargo: (especificar) Un Analista	X		2011
Cargo: (especificar) Un Técnico en Sistemas	X		2011

**4.3. ¿Hay algún mecanismo en marcha para garantizar que todos los asociados clave entreguen sus informes/datos de V+E a la Unidad de V+E para incluirlos en el sistema nacional de V+E?**

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

**Describe brevemente los mecanismos que se emplean para compartir datos:**

El Programa de Acción para la Prevención y Control del SIDA en México, 2007-2012, establece la forma de operación de los Sistemas de Información en materia de VIH/SIDA para efectos del proceso de Evaluación y Rendición de Cuentas.

Existen básicamente 3 mecanismos para compartir datos:

1. A través del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA),
2. A través del Grupo de Información Sectorial EN VIH/SIDA (GIS), Y
3. A través de mecanismos de gestión de la información intra e inter institucionales, particularmente mediante bases de datos y sistemas de información.
4. A partir de mediados del 2011 se comparte información a través de las instancias relacionada al Proyecto del Fondo mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

**¿Cuáles son las principales dificultades?:**

Como se comentó previamente dentro de los principales retos se encuentra poder regular el periodo de cierre de datos entre las diversas instituciones de salud del sector público. Por otra parte es importante realizar esfuerzos para asegurar la continuidad en periodos definidos de encuestas y estudios que generan datos a nivel nacional; y que dadas sus dimensiones e implicaciones en recursos no se pueden realizar cada año. En algunas dependencias del sector público en salud, es necesario continuar en la mejora de los sistemas y procesos de recolección de información a fin de poder con datos desagregados por edades, o sexos, por ejemplo, para los mismos indicadores, en todas las instancias del sector

<sup>22</sup> Se indica la fecha desde la cual el personal actual tomó el cargo en cuestión.

público de salud.

**5. ¿Hay un Grupo o Comité de Trabajo de V+E que se reúna de forma regular para coordinar las actividades de V+E?**

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

**6. ¿Hay una base de datos nacional con datos relacionados con el VIH?**

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

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente cómo es la base de datos nacional y quién la gestiona.**

México cuenta con varias bases de datos relacionados con el VIH que conforman el Sistema de Información del VIH/SIDA/ITS. Este sistema provee información relativa a la vigilancia epidemiológica e información sobre servicios e insumos otorgados por las instituciones de salud y es gestionada por diversas áreas de la Secretaría de Salud Federal y el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). De igual manera existen subsistemas de información en materia asociada a la epidemia del VIH, que son generados y gestionados por otros actores de la respuesta multisectorial.

En materia de vigilancia epidemiológica, algunos ejemplos de datos que provee el sistema son: a) casos diagnosticados de SIDA, b) casos registrados de VIH (personas seropositivas), c) Defunciones a causa del SIDA, d) epidemiología de Otras ITS, e) factores socio demográficos, f) vías de transmisión, etc.

La información sobre atención, tratamiento y apoyo, con enfoque en desempeño.

Las principales bases de datos que proporcionan esta información son:

- Registro nominal de personas con VIH
- Registro nacional de casos de SIDA
- Sistema de Administración Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR)
- Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE)
- Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones (SEED)
- Estadísticas de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
- Sistema de Información en Salud (SIS)
- Sistema de información del proyecto Ronda 9 del fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la malaria.

Por otra parte, se encuentra en etapa de implementación el Sistema de Monitoreo de Actividades de Prevención (SMAP), operado por el CENSIDA a través de la Dirección de Prevención y Participación Social, el cual tiene por objeto registrar y sistematizar las actividades de prevención desarrolladas por las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH/SIDA, financiadas con recursos federales a través de las convocatorias que realiza el CENSIDA.

**6.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿incluye información relacionada con el contenido, las poblaciones clave y la cobertura geográfica de los servicios relacionados con el VIH, así como con las organizaciones ejecutoras?**

Sí, con todo lo anterior	Sí, pero solo con algunas	No, con nada de lo
--------------------------	---------------------------	--------------------

<input checked="" type="checkbox"/>	cosas	anterior
-------------------------------------	-------	----------

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, pero solo con algunas de las cosas, ¿qué tipo de información incluye?**

---

**6.2 ¿Existe un sistema de información de salud funcional?\***

<i>En el nivel nacional</i>	<b>Si</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
<i>A nivel sub-nacional</i>	<b>Si</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
<b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿en qué nivel (es)? (especificar)</b>  A nivel nacional, estatal y local entre las instituciones de salud públicas.		

**7. ¿Publica el país por lo menos una vez al año un informe de V+E sobre el VIH que incluya datos de vigilancia del VIH?**

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

**8. ¿Cómo se usan los datos de V+E...**

	<b>Sí</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
<b>Para la mejora del programa?</b>	<b>Sí</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
<b>Para el desarrollo / la revisión de la repuesta nacional al VIH?</b>	<b>Sí</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
<b>Para la asignación de recursos?</b>	<b>Sí</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
<b>Otros usos [especificar]:</b>  Para la adecuación de las políticas y estrategias Para la rendición de cuentas	<b>Sí</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>

\* *¿Como los datos recibidos periódicamente de los centros sanitarios que se agrupan a nivel de distrito y se envían al nivel nacional. Los datos se analizan y se usan a distintos niveles?*

**Proporcione brevemente ejemplos específicos del uso de los datos de V+E, y los mayores problemas relacionados, si hay alguno:**

----

**9. En el último año, ¿la formación en V+E se llevó a cabo**

	<b>Sí</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
<b>A nivel nacional?</b>		
<b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique el número de personas formado:</b> 5 personas del Centro nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA se capacitaron en temas para monitorear el gasto en SIDA; así como en el monitoreo de la epidemia mediante la generación de modelos epidemiológicos.		
<b>A nivel subnacional?</b>	<b>Sí</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
<b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique el número de personas formado</b> Durante 2011 se realizaron las siguientes capacitaciones sobre programas de VIH/SIDA con reuniones y sesiones de formación, además de capacitación en materia de monitoreo y evaluación, particularmente para el manejo del Sistema de Administración Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR): <b>MARZO.</b> 50 personas. Responsables del Programa y usuarios de SAIS Y CAPASITS en el Estado de Chiapas. <b>JULIO.</b> 31 personas. Responsables de Programas estatales de VIH/SIDA, en el marco del Congreso Nacional. 15 personas Responsables de Programa en los Institutos de Salud. 15 personas en el Distrito Federal. 1 Responsable de Programa y 4 usuarios del sistema de la Clínica Condesa en el Distrito Federal. <b>SEPTIEMBRE.</b> 1 Responsable del Programa en el Estado de Aguascalientes. 1 persona en el Distrito Federal. <b>NOVIEMBRE.</b> 45 Personas del Estado de Veracruz, Responsables del Programa y usuarios de SAIS Y CAPASITS. <b>DICIEMBRE.</b> Responsables de programas estatales en el Distrito Federal, Responsables del Programa y usuarios de SAIS Y CAPASITS del Estado de Chiapas, en Tuxtla Gutiérrez, Chis.		
<b>A nivel de prestación de servicios, incluida la sociedad civil?</b>	<b>Sí</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>No</b>
<b>SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique cuántos.</b> Mediante el Proyecto financiado a México por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, se capacitaron 22 personas (118 hombres y 104 mujeres) de organizaciones de la sociedad civil y de organismos gubernamentales, sobre temas de formación técnica y gerencial para la operación de proyectos y programas en materia de VIH/SIDA, especialmente con enfoque preventivo. También se capacitaron 59 personas (37 hombres y 22 mujeres) sobre coordinación de monitoreo y evaluación en la implementación de proyectos preventivos en materia de VIH/SIDA.		

**9.1. ¿Se llevaron a cabo otras actividades de desarrollo de las capacidades de V+E, además de la capacitación?**

Sí <b>X</b>	No
-------------	----

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa qué tipo de actividades**

En el marco del XII Congreso Nacional sobre VIH/SIDA y otras ITS se llevaron a cabo actividades satélite enfocadas al trabajo con los grupos en mayor riesgo y mayor vulnerabilidad ante la epidemia del VIH, a las que asistieron personas que viven con VIH; así como personas afectadas de alguna otra forma por la epidemia, como fueron el “Foro de mujeres y VIH: *Hacia el fortalecimiento de los liderazgos femeninos en la respuesta hacia el VIH/SIDA de las mujeres en México*”, al que asistieron 120 mujeres; el “Foro Nacional de Jóvenes: Dando una respuesta integral al VIH”, en el que 54 mujeres y hombres jóvenes discutieron las prioridades de este sector poblacional en materia de VIH; la “Reunión de Population Services International para la conformación de la Red UDI”; el “IV Foro Comunitario: Empoderamiento hacia la Acción”, al que acudieron 420 personas; el “Simposio Satélite: Retos en la prevención dirigida a HSH”, el “Taller de indicadores para mujeres”; la “Reunión de trabajadoras y trabajadores sexuales”; un taller para los medios de comunicación y la “Segunda marcha nacional por el derecho a las diversidades”.

Se inscribieron 1,809 personas de las cuales se registraron 1,357. Este año fue prioritario garantizar una amplia participación del sector comunitario en el congreso nacional, por lo que con recursos del gobierno federal se financió la participación de 454 personas, de éstas, a 221 se les otorgaron becas para presentar trabajos en modalidad de presentación oral o de cartel, lo que representó una inversión cercana a \$1,208,200 por concepto de becas atribuibles al gobierno federal. Por otra parte, mediante la asignación de un presupuesto etiquetado, se financió la participación de 119 mujeres. Cabe precisar que las 57 OSC que obtuvieron financiamiento de la Convocatoria Publica N° 6 de prevención focalizada en el 2011, enviaron en promedio 2 personas al Congreso Nacional mediante esta modalidad de financiamiento, por lo que a través de esta vía se apoyó a 114 personas.

Los contenidos de este congreso se presentaron a través de cinco conferencias, cuatro sesiones plenarias, 28 simposios, tres sesiones temáticas, 10 seminarios y un total de 134 trabajos aprobados bajo la modalidad de cartel. El Comité de contenidos agrupó los trabajos de este congreso en las áreas de políticas e información estratégica; prevención y respuesta social; y clínica y de investigación básica.

**10. En general, en una escala del 0 al 10 (donde 0 es "Muy deficiente "y 10 es "Excelente"), ¿cómo calificaría los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del VIH 2011?**

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

**Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:**

En el marco de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011/2012, el CENSIDA sumó esfuerzos y destinó recursos económicos en 2011 para poder contar con datos sobre prevalencia de VIH, sífilis y hepatitis C en la población general; así como con datos de comportamiento sexual y factores de riesgo en apoyo al sistema de vigilancia de la epidemia.

Se comenzó en 2011 el proceso de institucionalización del proceso de la medición del gasto en SIDA (MEGAS), a fin de que la metodología forme parte de los procesos rutinarios del programa

de respuesta al VIH/SIDA en el país; y que sea realizado por personal del propio programa. A través del proyecto financiado al país por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria que comenzó en 2011 se contarán con datos que fortalecen el sistema de información nacional en materia de VIH/SIDA, especialmente sobre aspectos epidemiológicos, de comportamiento sexual y de factores de riesgo de hombres que tienen sexo con hombres, hombres que se dedican al trabajo sexual; así como personas que usan drogas inyectables y sus parejas. Por otra parte se ampliará la información sobre intervenciones y alcances de las mismas en estos grupos que sumarán al esfuerzo nacional. Cabe precisar que en la sección correspondiente a indicadores de este informe ya se utilizan datos provenientes de la línea de base.

De 2009 a la fecha se ha mejorado el Sistema SALVAR, previamente mencionado, el cual permite hoy día conocer la evolución de los pacientes y de la epidemia en las unidades de la Secretaría de Salud, ayuda al control de pruebas de laboratorio, permite conocer las existencias de medicamentos ARV en las unidades de la Secretaría de Salud y al ser una plataforma web, su implementación e instalación es muy simplificada.

El SALVAR opera 3 módulos diferentes:

Modulo I.- Administración de pacientes. Contiene la información básica de los pacientes que reciben tratamiento ARV gratuito por parte de la Secretaría de Salud en los Servicios de Atención Integral (SAI) y de los Centros Ambulatorios Para la Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de todo el país. Almacena los datos del tratamiento ARV que reciben, así como de los resultados de laboratorio (Carga Viral, CD4, TB).

Modulo II.- Inventario de medicamentos antirretrovirales (ARV). Almacena el número de existencia física de medicamentos en cada SAI o CAPASITS y se encarga de llevar un control de almacén más preciso de los medicamentos ARV.

Modulo III.- Reportes. Este módulo sirve para extraer datos de los módulos de inventarios y de pacientes, con el fin de realizar las estadísticas, los informes y las estrategias necesarios para la atención a pacientes o para la adquisición de ARV.

Algunas instituciones del sector salud han realizado esfuerzos para poder contar con datos que hasta hace pocos años no tenían; o tenían de forma parcial o desagregada, por ejemplo, La Secretaría de Marina reportó por primera vez y para objeto de este informe el dato sobre personas con VIH en tratamiento antirretroviral.

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

Dentro de los retos actuales se encuentra continuar impulsando esfuerzos con otras instituciones del sector público de salud a fin de poder homologar criterios para obtener información desagregada según se requiera.

Destinar mayores recursos dentro de la respuesta nacional al VIH/SIDA al componente de vigilancia y evaluación.

Fortalecer la vigilancia epidemiológica en poblaciones clave, incluyendo las mujeres embarazadas, a fin de poder tener datos más precisos sobre prevalencias confirmadas representativas de estos grupos; o a nivel nacional según se requiera.

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

(Para que respondan los representantes de las organizaciones no gubernamentales, los organismos bilaterales y las organizaciones de las Naciones Unidas)

### I.PARTICIPACION DE LA SOCIEDAD CIVIL\*

*1. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es "Bajo" y 5 es "Alto") ha contribuido la sociedad civil al fortalecimiento del compromiso político de los principales líderes y a las formulaciones de estrategias/políticas nacionales?*

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

#### **Comentarios y ejemplos:**

##### **COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Los comentarios de la sociedad civil son heterogéneos, por un lado algunas OSC señalan avances importantes y por otro lado plantean una serie de necesidades en el tema. En seguida se recuperan las observaciones particulares respecto a esta pregunta:

Al organizarse para exigir que cumpla conforme a la Norma los compromisos, un ejemplo de ello ha sido las recomendaciones que desde el CONASIDA se han venido realizando. La última reunión con el Secretario de Salud rumbo a UNGASS en la que las sugerencias fueron tomadas y se llevaron al pleno siendo el discursos de nuestro país uno de los más progresistas. La articulación que se viene realizando en consultas. Desde el tema de mujeres la conformación de una mesa de trabajo que pueda abonar a la propuesta de políticas que favorezcan a las mismas (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.)

El seguimiento e impulso que da la Sociedad Civil a los compromisos que adquiere nuestro país, por ejemplo la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación" (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

La participación es a través de las vocalías del CONASIDA principalmente sin embargo es necesario aún que la sociedad civil se involucre de mayor manera en este proceso (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).

Consideramos que la participación de la sociedad civil ha sido incrementada por la Secretaría de Salud y CENSIDA a los actores sociales que con nuestras propuestas de trabajo para realizar agenda nacional un ejemplo reciente es el lanzamiento de la convocatoria de los vocales para ocupar el puesto de CONASIDA. Ha sido un periodo con fuertes incrementos en la atención, tratamiento y prevención en poblaciones claves (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

Considero que la sociedad civil realizado un importante trabajo pero la interconexión con lo que realiza el gobierno federal o el distrito no proyecta o contribuye a esas formulaciones estrategias que se requieren (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

La participación de la sociedad civil en México ha carecido de la fuerza suficiente para asumir su liderazgo social, pues generalmente únicamente la sociedad civil a nivel central toma una postura y acción para hacerse presente ante las autoridades nacionales e involucrarse en la formulación de estrategias y políticas nacionales. Si bien existen espacios nacionales, como lo es el caso del Congreso Nacional de VIH/SIDA Y OTRAS ITS y el FORO COMUNITARIO, en donde se reúne sólo un pequeño sector representativo de la sociedad civil del territorio mexicano, no se han definido estrategias para poner en marcha y dar continuidad a los acuerdos ahí emanados (IRAPUATO VIVE, A.C.).

A pesar de que las organizaciones civiles han participado en las vocalías, Comités y Mesas de Trabajo del CONASIDA; y de que se han creado agendas nacionales con las prioridades de política pública, como es el caso de la agenda de mujeres y VIH y jóvenes y VIH, no se han consolidado compromisos de política pública

claros ni en voluntad política de las y los tomadores de decisiones, líderes y autoridades gubernamentales (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C.).

Las OSC en México contribuyen con la respuesta municipal, estatal, nacional e internacional. Son las OSC los actores con experiencia en el tema y con ellas el conocimiento sobre cómo actúa el VIH/ en los grupos en los que se encuentra focalizado el virus de inmunodeficiencia humana en México. A pesar de ser ante el estado las OSC órganos de participación y de consulta por sus habilidades y experticia en el tema, estas no brillan en consejos estatales, municipales o en el consejo nacional. Tenemos jefes de programa en los sistemas de salud de los estados pero carecemos de cumplimiento del programa. La causa de esto no hay consejos. No hay monitoreo. No hay vigilancia. A falta de la participación de las OSC. En el caso de los 32 estados la falta de esta figura depende de la voluntad política de los estados partes para la construcción de los consejos, y por desgracia sin voluntad del estado no hay voluntad del nivel más local que es la H. Ayuntamientos. Ya que el poder en los estados radica en cacicazgos. Al carecer de esta voluntad todo se detiene ya que es la secretaria de salud quien da la indicación a sus delegaciones para convocar a sus actores a nivel municipal. Lo que lleva a que los grupos en los que se encuentra focalizada la pandemia en México no sean parte de la respuesta pero si el problema. Por otra parte no toda la culpa es de los tomadores institucionales de decisiones, considero que las OSC en México carecen de visión política, carecen de visión de país, carecen de proyecto de estado. Incluso de plan estratégico y en muchos de los casos de su situación legal en orden. Por suerte o por mala suerte las OSC con trabajo en VIH/SIDA no reúnen el perfil de las OSC típicas de México. Ya que la gran mayoría de OSC son de carácter asistencial o club de servicio. Incluso desconocen la ley del fomento a las organizaciones civiles. Es importante destacar que al principio de esta pandemia en México se carecía de una estructura jurídica para participar en la toma de decisiones, como OSC, producto de esta historia asistencial pero no de activismo. En la actualidad, esta no es la realidad, como responsabilidad política de los estado es obligación por decreto formar los COESIDA – Estales y municipales. Este mandato no se lleva a cabo o bien no opera a falta de un ejercicio de corresponsabilidad entre estados y las OSC de los estados. Contamos con un marco internacional, nacional y estatal que valida la salud como un derecho humano. Reconozco el gran esfuerzo de gobierno federal para legislar, transparentar, eficientar y etiquetar los recursos y su forma de actuar de las SEDESOL en los estados que responden a un proyecto federal. Sin embargo los estados no involucran a las OSC en la toma de decisiones en especial las secretarías de salud ya que no hay una respuesta uniforme de los estados a la federación. Es verdad tenemos un solo país México, una sola institución, pero tenemos en apariencia un solo programa. Las OSC dan su respuesta con gran desventaja y los estados partes que tienen los recursos no los aplican o no saben cómo, o bien, falta voluntad política o abiertamente no les interesan el apoyo a los grupos vulnerados por el VIH. Como actuar ante el federalismo en México si esta es la forma base de organización como país, es un gran reto para las OSC, ya que los estados son parte pero al mismo tiempo autónomo en la toma de decisiones. En el caso de las secretarías de salud de los estados son federales y estas no repoden a un proyecto de nación. Al desconocimiento de cómo actúa el federalismo, los marcos legales, las secretarías de salud de los estados siempre dicen que es compromiso es de CENSIDA y no ellos. Lo vemos en las campañas nacionales en los que se habla de estigma, discriminación, homofobia, diversidad pero carecen los estados de campañas. Entiendo claramente que tiene costos políticos el tatar de que los estados cumplan lo que por decreto les corresponde, sin embargo las organizaciones por falta de experticia en temas de incidencia política, advocacy, cabildeo, de relaciones públicas no están participando en el proceso de la toma de decisiones y no saben cómo activar al estado. Considero, después de revisar el Plan nacional VIH/SIDA que éste marca las líneas de acción de la secretaria de salud de los estados responsabilidad del jefe de programa. Plan nacional que se evalúa a través del camino a la excelencia. La descentralización de los sistemas de salud hoy más que nunca requieren de la voluntad política de sus gobiernos para hacer frente a la pandemia, bajo de rectoría de la secretaria de salud y el involucramiento de las OSC. Ya que la el federalismo establece límites al gobierno federal son las OSC de los estados responsables de vincular a las SA de los estados con un proyecto de nación y de país. El involucramiento de las OSC permite crear un programa directo con los grupos vulnerados en una respuesta multi- institucional con los tomadores de decisiones en la que todos asumen responsabilidad y parte con su gente (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

Muy poco, es aun lamentable que no se pueda vincular por lo menos en nuestro Estado el fortalecimiento y compromiso político de líderes, pues el miedo y el prejuicio a los temas de la agenda LGBTTT sigue siendo vista como parte de una agenda que les quema las manos, aún prevalece algunos activistas que en base a miedo alejan la posibilidad de generar estrategias de comunicación que abran la comunicación y el fortalecimiento (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)

No hay una interlocución dentro de la sociedad civil, así como de sociedad civil y gobierno (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

Las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el ámbito de la respuesta al VIH son muy heterogéneas en términos de sus capacidades y áreas de participación. Una buena parte de ellas ha buscado involucrarse y contribuir en la toma de decisiones y formulación de estrategias nacionales en materia de prevención y atención del VIH y el estigma relacionado, sin embargo las características del país (dispersión geográfica, relativa centralización de la toma de decisiones de política pública, distintos perfiles de la epidemia en los estados del país, etc.), supone un desafío para que puedan lograr una mayor incidencia. Al mismo tiempo, existen áreas de mejora en cuanto a los mecanismos disponibles actualmente para canalizar las demandas y lograr acuerdos intersectoriales.

**2. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) han participado los representantes de la sociedad civil en la planificación y elaboración del presupuesto del plan estratégico nacional sobre VIH, o del plan de actividades más reciente (p.ej., asistiendo a reuniones de planificación y a la revisión de borradores)?**

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

**Comentarios y ejemplos:**

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Los comentarios de la sociedad civil respecto a esta pregunta plantean algunos aspectos comunes, como la participación a través de las vocalías del CONASIDA, sin embargo, en su mayoría, las OSC detallan aspectos distintos en esta materia. En seguida se reproducen los comentarios particulares:

Se realizaron recomendaciones para el presupuesto, a través de la mesa de mujeres para que fueran incluidas y hubiera dinero etiquetado para acciones en favor de las mismas. Esto fue con anterioridad a la gestión que se realizó en la asamblea para obtener tal recurso (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.)

La participación es a través de las vocalías del CONASIDA principalmente sin embargo es necesario aún que la sociedad civil se involucre de mayor manera en este proceso (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).

En la convocatoria pública nacional CENSIDA 2011 se realizó una categoría para la asistencia a la reunión UNGLASS hacia la participación de actores sociales y PVVS, Durante el Congreso Nacional de SIDA en Tabasco México, se sostuvieron trabajos conjuntos con funcionarios federales de CENSIDA con poblaciones claves, como HSH, UDIS, PVVS, Mujeres y jóvenes. Se realizan consensos mediante convocatoria de participación social en la página oficial del CENSIDA como ejemplo reuniones de trabajo, con agencias internacionales incluyendo la participación de la sociedad civil como ejemplo el MSC del Fondo Global. (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

La participación que ha tenido la Sociedad civil en la propuesta y ejecución del proyecto auspiciado por el Fondo Mundial (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

La participación de la sociedad civil en la elaboración de presupuestos nacionales, aun no ha sido la óptima para que puedan reflejar los aportes de éstas (IRAPUATO VIVE, A.C.).

Considero que el nivel de participación de la sociedad civil en la planificación y elaboración de presupuesto, o en el plan de actividades es reducido. Primero porque lograr incidir en la mayoría de estas acciones que están centralizadas es costoso para lograr una respuesta nacional. Segundo por que las organizaciones civiles con trabajo en VIH/sida no son interlocutores en la cámara de diputados, no son líderes de opinión, y los representantes de los grupos LGBTT que acceden a la cámara de diputados federal no tienen carteras significativas, no tienen la mayoría, no saben negociar y no les interesa la lucha contra el sida. Incidir en este

tema implica tener conocimiento de tiempos, procesos, alianzas, negociaciones, manejo de medios, construcción de iniciativas de ley, y en la cámara de senadores y en la cámara de diputados para planificar y elaborar presupuestos que fortalezcan en especial a la pandemia del VIH/SIDA en una respuesta nacional. Considero que esta tarea no es solo de los consejeros nacionales del Consejo nacional para prevenir el VIH /SIDA, es de todas las organizaciones, pero las OSC no están cumpliendo esa tarea. No lo ven como un problema y los presupuestos en últimas fechas se reducen y se agotan. Muestra de ello es que los recursos para los medicamentos y la atención de los PVV's en México dependen de gastos catastróficos. El seguro popular es un esfuerzo de gobierno federal al que los estados no responden. De un peso un veinte se va salud y otro a educación. Pero no éste veinte no va en específico para el VIH/SIDA. Por desgracia la experticia de las OSC en este tema, el de la incidencia política es muy poca. Muestra de ello es la falta de participación de las OSC con los congresos locales para etiquetar recursos estatales o la falta de acuerdos, convenios a través de intervenciones con los congresos estatales para involucrar la participación de los municipios en la respuesta focalizada en favor de los grupos vulnerables. El modelo en el que se ejerce la toma de decisiones en México permite eso y más a las OSC. Ya que la federalización devuelve los recursos a los estados y los estados hacen sus propios recursos con impuestos locales, así como los impuestos municipales. Muestra de ello es que las OSC se quejan de la violación a los derechos humanos pero no trabajan con los congresos locales para quitar reglamentos y códigos de conductas llenos de moralina o bien armonizar legislativamente a los estados con la constitución o con los acuerdos internacionales. Muestra de ello es que tenemos en algunos estados organizaciones visibles pero los marcos siguen siendo los mismos, lo que evita el acceso a los servicios de salud. En pocas palabras no hay presupuestos estatales. Parte de este error es de la secretaria de salud, de CENSIDA y sus consejeros y de las mismas organizaciones civiles. Las OSC no ven esto como un área de oportunidad, CENSIDA está limitada a apoyar proyectos, y las OSC de los estados entran en lo que saben o lo que les da presupuesto. Y los consejeros ni sus luces. Hacer cambios en los estados es costoso e involucrar a los congresos en los estados implica tiempo y habilidades pero no imposible cuando se tienen las herramientas y el conocimiento. Es necesario los recursos etiquetados en los estados para la lucha contra el sida es necesario la transversalización de líneas de acción en respeto a los derechos humanos, la cultura de la igualdad y la no discriminación, así como el fortalecimiento de las instituciones y la creación de nuevas instituciones que ayuden en la respuesta al VIH/sida. Necesario son los nuevos presupuesto, pero la participación de los gobierno es de vital importancia, en un gobierno federalizado en proceso de descentralización de la salud (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

El prejuicio a no estar preparados nos aleja comúnmente de estas actividades, es poca la participación pues exige leer, analizar y ver más allá de las actividades diarias que realizamos en nuestras organizaciones, si decimos mucho compartir, abrir espacios informativos, pero al mismo tiempo el miedo a regarla públicamente con la información nos aleja de una participación Nacional, el centralismo de la información, afortunadamente está desapareciendo y es la oportunidad de ingresar el trabajo nacional (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.) Desde la sociedad no hay una organización o un liderazgo para gestionar con actores clave, el presupuesto para VIH (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).

No existen mecanismos institucionales para realizar consultas sobre la elaboración del presupuesto del plan estratégico nacional sobre VIH. La sociedad civil no es considerada como un actor estratégico en la elaboración de la propuesta de presupuesto del Ejecutivo ni como aliado cuando se presenta para defensa en el legislativo. En 2011, las organizaciones civiles que trabajamos en la Mesa de Mujeres del Comité de Prevención del CONASIDA trabajamos en una propuesta integral de presupuesto etiquetado para acciones de prevención y atención al VIH en mujeres que respondiera a la agenda nacional que se construyó en la materia, sin embargo no ha sido considerada (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C.).

Pese a que el Manual de Planificación, seguimiento y Evaluación. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo refiere bajos niveles de compromiso de las organizaciones de la sociedad civil sería importante ser considerados para participar activamente en comités o la elaboración de planes estratégicos (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

#### COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS

En México en general no hay o son muy escasos los ejemplos de participación de la sociedad civil a lo largo de la planeación del ciclo presupuestario, sin embargo reconocemos que las OSC se han ganado espacios de diálogo con el legislativo para este objetivo.

3. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) se incluyen los servicios suministrados por la sociedad civil en las áreas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en:

a. La estrategia nacional del VIH?

Bajo					Alto
0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	5

b. El presupuesto nacional relacionado con el VIH?

Bajo					Alto
0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	5

c. Los informes nacionales sobre el VIH?

Bajo					Alto
0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	5

### Comentarios y ejemplos:

#### COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.

Las OSC plantean elementos comunes respecto a su participación en la estrategia nacional de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, particularmente respecto a las acciones que realizan a través de la Convocatoria Pública para el fortalecimiento de la respuesta de prevención de la sociedad civil ante el VIH/SIDA e ITS, en el marco del Programa de Acción Específica. Sin embargo, respecto a su participación en el presupuesto y en los informes anuales refieren obstáculos importantes asociados tanto a diseño institucional para la participación como a limitaciones en términos de capacidad técnica y la falta de fortalecimiento de redes entre las propias organizaciones:

Nos falta una mayor estructura para generar los informes nacionales y una mejor cohesión a nivel nacional (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.).

Los presupuestos aún siguen en su mayoría en los Estados como confidencial y vemos las grandes necesidades de condones, lubricantes, condón femenino, campañas de prevención nulas y campañas masivas de información nulas, solo la sociedad civil en la mayoría de los Estados sigue al frente de estas campañas. CAPASITS alejados de los Objetivos de atención, áreas médicas sin ser especializadas, y la falta de criterio en prueba rápida que generan más estigma y discriminación alejando los servicios de salud (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.).

No existe una organización o articulación dentro de los departamentos gubernamentales y no gubernamentales, que documenten y sistematicen el trabajo que realizan las OSC's. La articulación de las ONG a la estrategia nacional, dependerá de la voluntad política de los estados (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).

No existen mecanismos formales de articulación de la respuesta nacional con los servicios que prestan las organizaciones civiles. El único mecanismo que existe para apoyar el trabajo de las organizaciones civiles es la convocatoria de coinversión, misma que responde a ciclos cortos, con objetivos que cambian año con año, con pocos recursos disponibles para el fortalecimiento institucional y sin una estrategia continua y clara de fortalecimiento de las capacidades técnicas de las organizaciones civiles. Los informes nacionales sobre el VIH se hacen con sociedad civil sin mecanismos claros, sin convocatorias amplias que circulen en los medios masivos de comunicación, sin una sistematización del trabajo desarrollado a través de los años y con tiempos cortos de respuesta. Así mismo, se están alejando de la construcción de diálogos y consensos para responder los informes como país, privilegiando la parte cuantitativa sin considerar los aspectos cualitativos (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C.).

Los servicios ofrecidos por la sociedad civil se contemplan dentro del programa estratégico desde la convocatoria a proyectos que contemplen los lineamientos establecidos por el mismo sin embargo faltaría mayor articulación en el trabajo con sociedad civil, y es necesario contar con ejercicio de presupuesto más realista y acorde a las

necesidades prácticas para el desarrollo de los proyectos, El censida cuenta con un mecanismo transparente para la participación en el informe país sin embargo no todas las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH se han involucrado en su elaboración, (reflexión realizada en conjunto con otras organizaciones) (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).

Considero en especial que esta es una de la áreas más desatendidas primero porque las OSC no somos parte de una estrategia nacional, somos una respuesta ciudadana a un vacío de ofertas de servicios. Vacío del estado. Un vacío de las instituciones. Un vacío de los programas. Muestra de ello es que en todas 44 ciudades en las que piensa entrar el Fondo mundial algunas de estas ciudades todavía no tienen una respuesta de la sociedad civil. A convocarse. A organizarse: a formar parte de un movimiento. Muestra de ello es que no establecemos un plan nacional de las OSC. No unificamos servicios. Incluso las intervenciones no son focalizadas a pesar de que vivimos en México una pandemia focalizada en hombres que tienen sexo con otros hombres. En algunos lugares existe un número gigantesco de OSC para la población o el territorio (Aguascalientes, el D.F.) y en algunos lugares una sola OSC a realizado cambio histórico (Coahuila). Es un gran avance que se asigne presupuesto para apoyar proyectos de la lucha contra el SIDA a través de CENSIDA, sin embargo, los recursos que llegan a los estados son simbólicos comparados con la problemática, el abandono, el desprecio y la falta de apoyo a los que viven el problema por parte de los estados y los municipios. Las campañas de prevención son insuficientes y nada constantes, los tratamientos a pesar de que se establecen como protocolo no se cumplen a tiempo incluso, no se da acceso a lo que implica todo el servicio como las cargas virales y los conteos de CD4, incluso no hay acceso total de medicamentos. En cuanto al apoyo en relación con el VIH en los estados es evidente la falta de conocimiento sobre para transversalización los derechos humanos, la cultura de igualdad, el arbitraje medico en los servicios de salud a los PVV's. El apoyo psicológico es pobre, sin perspectiva de género, y el apoyo grupal cuando existe en algunos casos es temático. En el mismo grupo trabajan con hombres y mujeres cuando los problemas no son los mismos ni las circunstancias que llevan a un diagnostico positivo diferentes. Los servicios a la comunidad insignificante. 3 pruebas rápidas en una población de 80 0 100 migrantes por semana y vistas de ellos 1 vez por mes. En el caso del informe nacional considero que las habilidades, los conocimientos, las tareas, los cambios que hacemos las organizaciones civiles no se ven reflejadas en el informe nacional. Consecuencia que las organizaciones que ganaron los proyectos para capacitar a otras organizaciones, diagnosticar el estado de las organizaciones, evaluar las herramientas y las estructuras de las OSC, no aplicaron una metodología adecuada para recuperar la información de las OSC. La desvinculación de las OSC de VIH /SIDA con el movimiento de las OSC del mundo apenas nos llevan a iniciar cuantas somos pero no quien son los actores y que hacen y como lo hacen. Esta información no se vea reflejada en informe nacional es un hecho que preocupa las OSC realizamos infinidad de acciones que no se ven valoradas. Esto es capital, es capital humano que debería ser tomado en cuenta (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

En cuanto a la estrategia CENSIDA convocó del 17 al 20 de julio de 2009, a la consulta y representación de las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH en la estrategia nacional de prevención en la ciudad de México, proceso que jamás había tenido lugar en nuestro país. Cinco organizaciones ajenas al CENSIDA conformaron un comité de acreditación que revisó los requerimientos de inclusión, por ejemplo, aquellas que están legalmente constituidas y que por ejemplo cuentan con la clave única de identificación (CLUNI) otorgada por la Secretaría de Desarrollo Social. No obstante las OSC manejamos el trabajo con algunos grupos clave lo que sesga nuestra participación en dichos informes nacionales sobre VIH y volvemos a recurrir a la Secretaria de Salud a falta de un sistema de información global (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

Los insumos que se generan a través la sociedad civil son parte importante de la respuesta que el gobierno federal destina, por ejemplo en las convocatorias públicas son clasificadas de acuerdo a los compromisos y realidades de la epidemia en México. Invertir recursos públicos para cumplir la declaración ministerial como un ejemplo de ello (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

La sociedad civil ha logrado un lugar, en grado mayor, para ser incluida en estos apartados, en base a su participación activa que realiza en el territorio nacional (IRAPUATO VIVE, A.C.).

#### COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS

- a. El plan específico 2007-2012 estable dentro de sus objetivos específicos: "Fortalecer la participación de la sociedad civil y las personas con VIH en los programas de prevención, así como en las campañas dirigidas a disminuir el estigma, la discriminación y la homofobia en poblaciones clave." Sin embargo no encontramos información referente a los servicios de atención y apoyo;
- b. Una parte del presupuesto destinado a la prevención focalizada del VIH es ejercido por organizaciones de la sociedad civil;
- c. Existen mecanismos de diálogo y participación de la sociedad civil para la integración de los informes

internacionales (Acceso Universal, Respuesta del Sector Salud y UNGASS).

4. *¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) se incluye a la sociedad civil en las tareas de V+E de la respuesta al VIH?*

a. *En el desarrollo del plan nacional de vigilancia y evaluación (V+E)*

Bajo					Alto
0	1	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5

b. *¿En la participación en el comité nacional de V+E/ grupo de trabajo responsable de la coordinación de las actividades de V+E?*

Bajo					Alto
0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	5

c. *¿Participan en el uso de datos para la toma de decisiones?*

Bajo					Alto
0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	5

**Comentarios y ejemplos:**

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Las organizaciones sociales refieren en su mayoría obstáculos para su participación en la estrategia de Vigilancia y Evaluación. Se reconoce la existencia de componentes de monitoreo y evaluación como parte de la estrategia nacional de atención al VIH/SIDA, sin embargo se subraya la carencia de mecanismos formales para la participación permanente de las organizaciones o sus representaciones en el CONASIDA, problemas de intercambio de información, tanto entre las dependencias públicas que gestionan los sistemas de información como entre que entre las organizaciones, así como la necesidad de aumentar el número y tipo de datos sobre la epidemia para que exista un panorama más integral de la misma. Por otra parte se reconocen las limitaciones de las organizaciones en cuanto a capacidades técnicas suficientes para llevar a cabo acciones de monitoreo y evaluación, así como la falta de iniciativas sociales para la conformación de observatorios y otros mecanismos de vigilancia de las políticas públicas en respuesta al VIH/SIDA. En seguida se reproducen los comentarios particulares de las OSC:

Aun es lejano el momento donde como Sociedad Civil dediquemos tiempo a estas estrategias de Vigilancia y Evaluación, veo que la lectura es algo que nos aleja, se mandan y mandan documentos y la carga de trabajo individual no nos permite o no tenemos la paciencia de aprender terminologías complicadas y nos apartamos, veo poca participación, debemos generar una nueva cultura dentro de nosotros mismos, veo mucha gente dedicada a criticar los procesos, generar estrategias, pero solo critican y no generan herramientas (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)

No hay procesos claros de inclusión de la OSC para participar en estos procesos. No hay difusión de los acuerdos y de los datos generados por dicho comité. Es necesario que las OSC mejoremos las habilidades en monitoreo, evaluación y vigilancia ciudadana (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).

En nuestro país no existe un plan nacional de vigilancia y evaluación, existen componentes generales en el Programa de Acción Específico de VIH con vigencia sexenal y un comité de monitoreo y evaluación dentro del

CONASIDA. Sin embargo, no hay mecanismos formales de articulación entre las distintas instituciones de salud que conforman el sistema de salud mexicano y que participan dentro del CONASIDA, así mismo, las organizaciones civiles que participan en el CONASIDA no tienen mecanismos formales de selección, de participación ni de capacitación en las atribuciones del CONASIDA en las áreas de vigilancia y evaluación. Los datos que están disponibles son los pocos que el país reporta dentro de los indicadores de los informes de UNGASS y no existen espacios de análisis técnico ni retroalimentación para la toma de decisiones multisectoriales e intersectoriales con participación de sociedad civil (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C.)

Existen organizaciones con gran experiencia en incidencia política que han buscado involucrarse en dichos procesos, la convocatoria del 2011 lanzada por CENSIDA contempló la categoría de participación de la sociedad civil para este fin (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).

Considero que la información por el hecho de ser un bien colectivo y público y el manejo de ella participa de forma activa en la toma de decisiones de todos los actores sociales. En el que decide usar o no un condón. En el que desea ver cómo actúa la pandemia. En el que quiere conocer a la pandemia. Sin embargo las OSC con trabajo en VIH, no se incluyen V y E, no participan en los consejos, no forman observatorios de presupuestos o órganos de vigilancia de las políticas públicas (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

Desde nuestra percepción la conformación de este comité es gubernamental ya que la participación de las OSC no se le brinda la importancia que tenemos ya que se incide en algunos grupo clave, y como se planteo en la primera sesión introductoria de este informe es necesario que se generen mecanismos para realizar la invitación a las OSC de forma más eficaz con el objetivo de que participemos mas OSC y sea más representativa la información (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

Los datos son subidos en la página oficial de CENSIDA, desgraciadamente los que vivimos fuera del centro del país, la participación se dificulta (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

Aún se observa una ausencia en estos apartados de la participación activad de la sociedad civil. Uno de los ejemplos más representativos, es la falta de intercambio de información de datos para que la sociedad civil formule y opere mejores estrategias en base a datos recabados por el sector gubernamental, en donde es casi imposible acceder a ellos (IRAPUATO VIVE, A.C.).

#### COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS

El PAE tiene un componente de vigilancia y evaluación. El comité de monitoreo y evaluación del CONASIDA contempla las prioridades en materia de vigilancia y evaluación e incluye a las organizaciones de la sociedad civil en su seguimiento. Éstas utilizan la información disponible no sólo para la toma de decisiones, sino también en sus estrategias de abogacía.

**5. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) la representación del sector de la sociedad civil en los esfuerzos relacionados con el VIH incluye diversas organizaciones (redes de personas que viven con el VIH, de profesionales del sexo, y de organizaciones religiosas)?**

Bajo					Alto
0	1	2	3	4 X	5

#### Comentarios y ejemplos:

##### COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.

Los comentarios de las OSC refieren en su mayoría limitaciones a la participación de algunas poblaciones clave, particularmente de grupos transgénero, usuarios de drogas inyectables y trabajadores/as del sexo comercial, debido a la persistencia de prejuicios, estigma y discriminación que enfrentan estos grupos lo que incrementa su vulnerabilidad. Por otra parte, señalan que la mayor participación se lleva a cabo por grupos de organizaciones que se encuentran en la capital del país, mientras que las organizaciones en los estados de la república tienen una participación muy limitada:

La sociedad civil en sí misma es diversa y se ha logrado que en temas específicos o eventos se trabaje en conjunto (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.).

En formación de redes nacionales, no locales veo el incremento, el celo a lo que hacemos o consideramos nuestra población nos aleja de trabajar en conjunto en forma local (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)  
 Hace falta representación de grupos específicos, quizás puede ser explicado por la situación de vulnerabilidad (ej. Transgéneros, Usuarios de drogas inyectadas) (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).  
 La representación de sociedad civil se ha enfocado en un mismo grupo de organizaciones que principalmente se encuentran en la capital del país. El énfasis se ha hecho en que estén sentadas personas que pertenecen a los distintos sectores de las poblaciones clave sin considerar mecanismos claros de representación, agendas políticas claras con prioridades de política pública ni fortalecimiento de participaciones que prioricen los intereses específicos de cada sector. Esta representación segmentada limita las posibilidades de inclusión desde las perspectivas de género y de derechos humanos que permita pensar en cambios estructurales que propicien el cambio cultural hacia prácticas de cuidado y espacios de equidad en la prevención, la atención y el tratamiento al VIH (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C.).  
 Pese a que se han involucrado grupos y redes de trabajadores sexuales así como grupos religiosos, no se ha logrado la suficiente articulación y participación de los espacios, (reflexión comentada en foros y congresos) (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).  
 La mayoría de las organizaciones no incluyen la presencia de los grupos vulnerados en la toma de decisiones, o en la parte operativa de la OSC. Las OSC ven a estos actores sociales como sus usuarios de sus servicios. Como beneficiarios de sus proyectos. En algunos casos personalmente evidencia la manipulación y la humillación y el desprecio de las habilidades y conocimientos de los PVV's mujeres, y de los usuarios de drogas. La gran mayoría de PVV's llegan barriendo las oficinas y terminan formando otra organización ante la falta de oportunidades. Consecuencia de que las OSC solo tienen un líder y no un liderazgo compartido. Y no tienen una política de empoderamiento (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).  
 Actualmente las OSC con base en los grupos clave identifican las necesidades particulares de cada grupo redoblando esfuerzos ya que nos estamos enfrentando con una población por ejemplo HSH, pero a su vez también migrante, en situación de calle, personas que viven con VIH, etc. (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).  
 En el trascurso de la participación se ha fortalecido, desgraciadamente la mayoría de las OSC participantes son del centro del país, falta la participación de la sociedad civil de los estados de provincia. Ahora con las redes sociales (Twitter, FB) conocemos en tiempo los sucesos (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).  
 Aún imperan importantes barreras de estigma y discriminación para que se dé la participación en este sector, sobre todo en cuanto a las organizaciones religiosas y profesionales del sexo, estos últimos han visto grandes obstáculos para poder organizarse en México (IRAPUATO VIVE, A.C.).

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

En México la respuesta de la sociedad civil es muy amplia y abarca a poblaciones clave: desde las más afectadas por la epidemia, tales como HSH, transgénero, trabajadores/as sexuales y UDI, hasta otros grupos cuyas agendas se enfocan predominantemente a la prevención como podrían ser jóvenes, población indígena y migrantes.

**6. ¿En qué grado (en una escala de 0 a 5 donde 0 es “Bajo” y 5 es “Alto”) puede acceder la sociedad civil al:**

*a. Apoyo financiero adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?*

Bajo					Alto
0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	5

*b. Apoyo técnico adecuado para ejecutar actividades relacionadas con el VIH?*

Bajo					Alto
0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>	4	5

**Comentarios y ejemplos:**

#### COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.

Todas las OSC participantes se refieren a la Convocatoria Pública para el fortalecimiento de la respuesta de prevención de la sociedad civil ante el VIH/SIDA e ITS como el mecanismo más importante a través del cual éstas tienen acceso a recursos financieros para llevar a cabo acciones dentro de la estrategia nacional de VIH/SIDA. Sin embargo plantean que los recursos para apoyo técnico son escasos y tienen poca incidencia en reducir la brecha en términos de capacidad técnica de las organizaciones con trabajo en VIH. Por otro lado, se subraya la necesidad de que los gobiernos locales manifiesten un compromiso más fuerte con la estrategia nacional pues únicamente se cuenta con recursos del gobierno federal y las agencias internacionales para la realización de proyectos, lo cual consideran insuficiente:

Hasta ahora con la convocatoria sobre Prevención que lanza Censida por parte de la Secretaría de Salud, así como de otras convocatorias federales o de agencias internacionales. En cuanto al apoyo técnico hemos trabajado con el Conjunto de Naciones Unidas, así como Censida acompañando los procesos y teniendo asesorías (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.).

Depende mucho de la Organización, existen unas con un trabajo importante en campo con poco acceso a recursos financieros y apoyos técnicos, otras que hemos tenido que crecer y fortalecernos para llegar a estos recursos y lamentablemente para muchos nos han hecho ser más alejados del activismo, con el fin de mantener la vinculación que es a la vista de muchos el nuevo activismo, trabajar unidos sin vendernos no ser los empleados sin nomina. En Nuevo León somos muy pocas Organizaciones que tenemos estos accesos, falta entrenamiento a pequeñas organizaciones comunitarias (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)

Partiendo del hecho de que actualmente, los financiamientos provienen principalmente de CENSIDA, Fondo Mundial y USAID, se prevé poco apoyo financiero a las OSC debido a que Fondo Mundial y USAID retiran del país su presupuesto. CENSIDA, debería de tener una estrategia nacional para el fortalecimiento institucional de las OSC (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).

No hay recursos suficientes para la profesionalización de las OSCs, ni para su fortalecimiento y esta tarea se deja en manos de la misma sociedad civil sin hacer una identificación de temas y asesores que puedan ayudar a reducir la brecha de capacidad técnica. El presupuesto es acotado a las poblaciones clave dejando fuera a otras poblaciones vulnerables y al enfoque de cambios estructurales (leyes y políticas públicas sociales). No hay lineamientos claros sobre el financiamiento y el apoyo técnico para la sociedad civil en el país. En el tema de mujeres y VIH, el programa nacional no brinda apoyo técnico a la sociedad civil; al contrario, pide apoyo técnico y financiero de la sociedad civil (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C.).

El financiamiento otorgado desde el 2006 por el gobierno federal para proyectos de prevención en poblaciones clave, operados por organizaciones no gubernamentales y la academia, han contribuido al fortalecimiento de las acciones de prevención en los grupos más afectados por la epidemia. Se han impulsado proyectos desde la sociedad civil que fortalezcan a otras organizaciones con trabajo en VIH (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).

Están las convocatorias de censida. Las convocatorias de SEDESOL. Y una serie de esfuerzos de todas las instituciones nacionales, en ejercicio de corresponsabilidad, así como de las internacionales. Sin embargo las actividades relacionadas directamente con VIH/SIDA no son apoyadas. En este momento CENSIDA es de las pocas posibilidades para esta tarea. Lo que lleva a que las organizaciones disfracen sus proyectos o bien completen con otros proyectos su presupuesto para seguir activa en la lucha contra el sida. Considero que el apoyo técnico es muy pobre, yo asistí de manera personal a algunas de estas capacitaciones y es lo mismo, y en algunos casos el desconocimiento es sorprendente, incluso la falta de un lenguaje técnico adecuado. No homofóbico. No discriminatorio (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

Es importante destacar la Convocatoria pública para fortalecer la respuesta en prevención de la sociedad civil ante el VIH/SIDA que se lanza cada año con el objetivo de financiar los mejores proyectos. Sin embargo la convocatoria del 2011 dejó mucho que desear ya que se presentaron irregularidades desde el proceso de registro en línea y no se informó quien integro la lista de las personas evaluadoras de los proyectos (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

Se otorgan recursos por medio de convocatoria pública y con criterios de selección por especialistas en la materia (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

Sólo por parte de las autoridades federales se ha podido acceder a estos apoyos, en contrario, en los Estados se adolece en gran parte de que los programas presupuestales contemplen el acceso a recursos para llevar a cabo sus acciones la sociedad civil (IRAPUATO VIVE, A.C.).

#### COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS

Cada año se cuenta un monto de recursos asignado a través del CENSIDA (en 2012, por ejemplo, aproximadamente 30 millones de pesos) que puede ser concursado por las organizaciones que realizan prevención focalizada. Sin embargo, no existe una disponibilidad de recursos similar para aquellas organizaciones que llevan a cabo tareas de atención a personas viviendo con VIH. Existen otras convocatorias a las que pueden aplicar para obtener financiamientos focalizados en VIH, como INMUJERES y SEDESOL. La cooperación internacional para México es muy reducida por lo que es cada vez más difícil acceder a recursos por ese canal. Un elemento importante que limita el acceso a recursos, son los requisitos solicitados (incluyendo técnicos) para poder acceder a un financiamiento. CENSIDA ha financiado y apoyado técnicamente algunas iniciativas orientadas al fortalecimiento de capacidades de la sociedad civil. Por ejemplo, en 2010 tres organizaciones y en 2011 dos organizaciones brindaron asistencia técnica a organizaciones en todo el país. A la par y a través de la subvención concedida a México por el Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis y la Malaria, se ha brindado en el último año asistencia técnica a organizaciones. A través de las agencias del SNU que integran el Equipo Conjunto sobre VIH/sida, se ha brindado asistencia técnica en los últimos años, especialmente a organizaciones dedicadas al trabajo con jóvenes y mujeres.

**7. ¿Qué porcentaje de los siguientes programas/servicios relacionados con el VIH se estima que proporciona la sociedad civil?**

<i>Prevención de las poblaciones clave</i>				
<i>Personas que viven con VIH</i>	<25%	25-50%	51-75% <b>X<sup>23</sup></b>	>75%
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	<25%	25-50%	51-75% <b>X</b>	>75%
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	<25%	25-50% <b>X</b>	51-75%	>75%
<i>Profesionales del sexo</i>	<25% <b>X</b>	25-50%	51-75%	>75%
<i>Transexuales</i>	<25% <b>X</b>	25-50%	51-75%	>75%
<b>Asesoramiento y pruebas</b>				
<i>Asesoramiento y pruebas</i>	<25%	25-50%	51-75% <b>X</b>	>75%
<b>Reducción del estigma y discriminación</b>				
<i>Reducción del estigma y discriminación</i>	<25%	25-50%	51-75% <b>X</b>	>75%
<b>Servicios clínicos (IO*/terapia antirretrovírica)</b>				
<i>Servicios clínicos (IO*/terapia antirretrovírica)</i>	<25% <b>X</b>	25-50%	51-75%	>75%
<b>Atención domiciliaria</b>				
<i>Atención domiciliaria</i>	<25% <b>X</b>	25-50%	51-75%	>75%
<b>Programas para HNV**</b>				
<i>Programas para HNV**</i>	<25% <b>X</b>	25-50%	51-75%	>75%

\*IO= infecciones oportunistas, \*\*HNV= huérfanos y otros niños vulnerables

<sup>23</sup> El Sistema de Naciones Unidas no compartió este criterio. Considera que las organizaciones de la sociedad civil trabajan en una gama amplia de temas relacionados al VIH y tienen la enorme posibilidad de acercarse fácilmente a las poblaciones vulnerables, sin embargo, los recursos de que disponen y, por tanto, los aspectos que están en posibilidad de abordar, limitan considerablemente su alcances para responder a la diversidad de servicios preventivos requeridos en un país con las dimensiones que tiene México, lo cual requiere de una gran infraestructura montos significativos de financiamiento; que un gran medida están siendo cubiertos por el Estado Mexicano.

**8. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil en 2011?**

Muy deficiente						Excelente				
0	1	2	3	4	5	6 X	7	8	9	10
<b>Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</b>										
<b>COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.</b>										
<p>Las OSC participantes plantean avances importantes respecto a su participación en la estrategia nacional en respuesta al VIH/SIDA. Entre las acciones que han impulsado esa participación se enlistan la Convocatoria Pública para el fortalecimiento de la respuesta de prevención de la sociedad civil ante el VIH/SIDA e ITS, la participación en foros comunitarios, la representación de las OSC en el Mecanismo Coordinador de País para el Proyecto Fondo Mundial,, la participación en la reunión de alto nivel UNGASS en Nueva York, la participación en el XII Congreso Nacional de VIH/SIDA y otras ITS, la participación de sus representaciones en el CONASIDA y la participación en el presente Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA, 2012:</p> <p>La convocatoria de prevención y el enfoque que se le dio, el apoyo al tema de Mujeres no solo en acciones, en el Congreso sino en el plan del año pasado. La convocatoria para asistir a la Reunión de Alto Nivel sobre VIH y SIDA (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.).</p> <p>Esfuerzos están presentes, sin embargo como lo vemos en este ejercicio, se planifico para un numero de Organizaciones que no se logro alcanzar, hubo un registro del 50% de lo planeado (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)</p> <p>La participación de las OSC en los foros comunitarios del año 2009 y 2011, así como en los dos congresos nacionales, llevados a cabo en los mismos años. La representación de las OSC en el Mecanismo Coordinador del País (MCP), para el proyecto del Fondo Mundial. La participación de las OSC en el grupo temático del ONUSIDA. Participación dentro del CONASIDA. Participación en la conferencia de UNGASS en Nueva York, en el año 2011 (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).</p> <p>La inclusión de personas de las organizaciones de la sociedad civil en los espacios de toma de decisiones ha sido limitada a la presencia de las personas de los distintos sectores, sin la creación de perfiles claros, mecanismos formales de participación y toma de decisiones, lineamientos sobre elección y rotación de representantes ni obligaciones claras de parte del gobierno sobre cómo integrar las recomendaciones de sociedad civil en las políticas públicas (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C.).</p> <p>El involucramiento de la sociedad civil en la consulta nacional sobre VIH, así como la elección de vocalías al CONASIDA, ONUSIDA por las asociaciones que participaron en la consulta, el mecanismo de participación conjunta para la elaboración del informe país ahora optimizando recursos y utilizando la tecnología para ampliar posibilidades de acceso (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).</p> <p>La participación de la sociedad civil en los congresos. Los foros comunitarios. Los presupuestos para apoyo a proyectos. Padrón de OSC- con trabajo en VIH. Convocatoria abierta y pública para formar el consejo nacional de VIH/SIDA. El crear un departamento especial para vincular a CENSIDA con las OSC. Manejo de información de censida hacia las OSC de todo México. El acceso a la toma de decisiones. La capacitación. El diagnostico de OSC de servicios y grupos con los que se intervienen. El mapa de cuantas somos y en qué lugar estamos (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).</p> <p>En 2011 la convocatoria para que las OSC participaran en el Informe Mundial 2012 se realizo con mayor difusión no obstante es importante reflexionar porque de 45 lugares para las OSC solo se registraron 16 (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).</p> <p>A raíz de conflictos entre la sociedad civil con el gobierno, se ha implementado la transparencia en los recursos, decisiones que antes no se realizaban. Un ejemplo lo vemos en la página de <a href="http://www.censida.org.mx">www.censida.org.mx</a> en donde informa a la sociedad civil y a los mexicanos y mexicanas sus acciones (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).</p> <p>Aumento del presupuesto destinado a la operación de programas y proyectos por parte de la sociedad civil. Incremento de los espacios para recibir asesoría y asistencia técnica. Formulación de programas y proyectos para disminuir el estigma y la discriminación relacionada al VIH/sida. Apertura de espacios para que la sociedad civil participe en la formulación de programas y proyectos (IRAPUATO VIVE, A.C.).</p> <p>La inclusión de la sociedad civil en los diferentes órganos de participación, por ejemplo, las mesas que</p>										

conforman el comité de prevención del CENSIDA (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

En 2009 se convocó a una asamblea nacional para elegir de forma participativa a las organizaciones que representarían a la sociedad civil en diversos espacios de diálogo, tales como el CONASIDA, el MCP y el Grupo Temático de ONUSIDA en México. A través de los comités del CONASIDA y de múltiples mesas de trabajo, derivadas de los comités, se ha convocado ampliamente a la sociedad civil para que participe en la definición de las prioridades nacionales.

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

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Las OSC plantean necesidades diversas para fortalecer su participación en la estrategia nacional en respuesta al VIH/SIDA. Por un lado, hay coincidencia en señalar la necesidad de que se modifiquen los esquemas de participación para involucrar a más grupos de la sociedad civil, tanto aquellos con trabajo específico en VIH/SIDA, como aquellos con trabajo en temas de igualdad de género, derechos humanos, migrantes, indígenas, y por supuesto a los grupos o poblaciones clave y se plantea también la necesidad de elevar el fortalecimiento institucional y liderazgo de todas las OSC involucradas. Por otra parte, se refiere que un problema nodal en la materia se asocia con la representación de las OSC en los órganos de toma de decisiones en materia de políticas de atención al VIH/SIDA, de ahí que sea necesario mejorar la selección de representantes, los mecanismos de interlocución entre éstos y sus representados, la elaboración de propuestas y la rendición de cuentas. Finalmente, en la agenda de temas pendientes a resolver en materia de participación social se plantea la necesidad de trabajar en la sensibilización y concientización de tomadores de decisiones, la adecuación del marco normativo conforme a los compromisos internacionales adquiridos por el país y el desarrollo de mejores sistemas de información:

El mayor involucramiento de aquellas organizaciones que no incluyen proyectos en la Convocatoria. Fortalecer la inclusión del tema de mujeres. Generar una estrategia que pueda lograr que se cumplan las acciones del programa de VIH sumando esfuerzos de la sociedad civil. Fortalecer a la sociedad civil para que gestione recursos de Gobierno a realizar acciones para dar respuesta al VIH y SIDA (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.).

Mayor involucramiento de la Sociedad Civil en los procesos Nacionales, que vean que sin tener el lenguaje técnico se pueden facilitar consultas, que todas y todos somos parte del proceso, abrirlo aún más a aquellos que aún no cuentan con CLUNI, o están fuera de las listas, espacios de consulta abiertos (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)

Los representantes de las OSC dentro de estos espacios (CONASIDA, MCP, etc.), no difunden los procesos que tienen lugar en el interior de esos espacios (acuerdos, reuniones, debates, etc.) (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).

Fortalecimiento institucional de las organizaciones de la sociedad civil. Fortalecimiento del liderazgo de las personas con VIH para cumplir con los principios del MIPA. Elaboración de mecanismos formales de participación y toma de decisiones, elección y rotación de representantes de sociedad civil basados en el decreto de conformación del CONASIDA. Participación significativa de la sociedad en los procesos de toma de decisiones, elaboración de presupuestos y rendición de cuentas. Ampliar los beneficios de las políticas de fortalecimiento institucional y de liderazgo a las poblaciones vulnerables al VIH y abrir espacios de participación a otros grupos organizados de la sociedad como son los jóvenes, las mujeres y las y los indígenas. (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C.).

Es necesario ampliar el censo de organizaciones de la sociedad civil e involucrar a mayor número de representantes (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).

La corriente negacionista a la democracia. La gente protagonista que dese el poder pero no sabe para qué sirve. El desequilibrio de OSC en unos estados hay una sobre representación y en otros nada. La falta de representatividad. La falta de los consejeros nacionales de visión de país. El proceso democrático, transparente y equitativo de selección de representantes. El proceso de votación. Actualización de datos del padrón. El involucramiento de los grupos vulnerados. El desarrollo de habilidades es para la incidencia política. Fortalecer a los sistemas de salud y no aprovechar el puesto para viajar. Desaparecer viejas prácticas (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

La generación de un sistema de información más eficaz que realice el gobierno que sea la base para estos informes mundiales y no se deposite solo la responsabilidad en una secretaria como la de Salud. Y el trabajo e incidencia de las OSC sea tomado mas en consideración para estos informes (FUNDACIÓN CASA ALIANZA

MÉXICO I.A.P.).

La problemática se resuelve mediante el diálogo permanente, sin perder el respeto ni atacar de manera personal a los funcionarios federales mediante una guerra sucia. Sin dar nombres ni rostros en comunicados que llegan a las OSC con trabajo en VIH/sida (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

Incrementar los esfuerzos para eliminar el estigma y la discriminación relacionada al VIH/sida, orientación sexual y género. Profesionalizar el trabajo de la sociedad civil, para mejorar la calidad de su actuación. Sensibilizar y concientizar a los tomadores de decisión en la importancia de atender los diversos aspectos relacionados al VIH/sida y que afectan la implementación de acciones eficaces y sostenidas, como lo son los aspectos sociales (estigma y discriminación). Adecuar la legislatura nacional, y estatal, para asegurar la participación de la sociedad civil y garantía de los Derechos Humanos de las personas con VIH o sida (IRAPUATO VIVE, A.C.).

Mayor compromiso de las instancias gubernamentales ante los acuerdos firmados por nuestro país en materia de VIH y Educación Sexual (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

#### **COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

Si bien ha habido una buena respuesta, se percibe que existe cierta tensión entre las mismas organizaciones y el CENSIDA, presumiblemente relacionadas con la percepción de que existen problemas de abasto del tratamiento antirretroviral; la falta de información sobre el impacto de las acciones de prevención focalizada que llevan a cabo las organizaciones, y la ausencia de un sistema integral y desagregado de información que permita un monitoreo de la epidemia y su respuesta.

## II. APOYO Y LIDERAZGO POLÍTICOS

*1. ¿Ha facilitado el gobierno, por medio del apoyo político y financiero, la participación de personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y/u otras subpoblaciones vulnerables en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH?*

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

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa algunos ejemplos de cuándo y cómo ha sucedido:**

### COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.

Las organizaciones que respondieron esta pregunta consideran que ha habido un compromiso político y financiero por parte del gobierno para incrementar la participación de las organizaciones sociales, particularmente a través de convocatorias públicas para el financiamiento de proyectos y para la participación en congresos nacionales e internacionales. En seguida reproducimos los comentarios de las OSC:

En México existen alrededor de 400 organizaciones con trabajo en VIH/SIDA. Actualmente, hay espacios de coordinación e interlocución con los diferentes representantes de la sociedad civil a nivel federal y estatal, lo que ha favorecido el trabajo conjunto, el consenso y una mayor participación de la comunidad. Con la reforma de CONASIDA en 2001, la presencia de las ONG dentro de ese órgano ha crecido considerablemente, pues ellas ocupan ocho vocalías, lo que refleja la mayor participación de la sociedad civil en el diseño y manejo de programas y acciones relacionadas a la epidemia (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).

Ha apoyado a HSH, Mujeres en políticas de prevención (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

Convocatorias públicas con montos y transparencia en los proyectos seleccionados. Apoyo a iniciativas y diagnósticos en poblaciones claves. Monitoreo y evaluación de insumos entregados a los estados a través del gobierno federal por ejemplo condones de látex masculinos, paquetes de reducción de daños como unos ejemplos. Participación en congresos Nacionales e Internacionales (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

La inclusión de personas que viven con VIH en los programas y/o proyectos financiados por CENSIDA y otras instancias gubernamentales (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

Ha sido más en el compromiso político abriendo espacio a las poblaciones para integrar sus opiniones sugerencias y recomendaciones que un espacio donde se concreta la política pública (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.)

En algunos estados los gobiernos impulsaron el pago de notarios, vendieron la idea y encontraron a los actores de esta idea convocando a los grupos vulnerados para la formación de OSC con trabajo en VIH. En el caso particular de Coahuila a través del gobierno se logro OSC en todas las regiones. Este proyecto tiene un interés político. Todas las actas se hicieron el mismo día y en el mismo lugar. Por desgracia, muchas de estas OSC terminaron en el cajón. Otras se trasformaron en gestoras o lideresas. Carecía de herramientas y de visión de proyectos. Otras no solucionaron la parte de hacienda y otros más necesitaban dinero para actualizar sus actas y sacar el CLUNI. Esto no es exclusivo del estado. Otros partidos en el poder lo utilizan para formar grupos bajo sus intereses. Basta con entrar a la página de INDESOL y SEDESOL para lograr encontrar la información para hacer una A.C, y lograr algunos beneficios a través de la lista de notarios que proporcionan servicios económicos por los convenios entre notarios e instituciones. Este impulso de debe a que en los estados se está formado un movimiento relacionado con el voluntariado y los recursos que bajan del centro a los estados , así como todo la mano de obra que ayuda en sostener los vacíos del estado en materia de servicios. Por desgracia en los casos más denigrantes es en los casos relacionados con un proyecto de manipulación de los grupos LGBT (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

### COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS

A través de los comités del Consejo Nacional para la prevención y Control del VIH/sida (CONASIDA) y de múltiples mesas de trabajo derivadas de este órgano, se ha convocado a la sociedad civil para que participe en la retroalimentación de acciones, así como en la definición de las prioridades nacionales en materia de VIH y sida. Sin embargo la percepción de la SC es que en algunas situaciones e instancias se evidencia una escasa discusión y participación para la toma de decisiones.

### III. DERECHOS HUMANOS

**1.1. ¿Dispone el país de leyes y reglamentaciones que protejan específicamente a ciertas poblaciones clave y otras subpoblaciones vulnerables de la discriminación? Rodee "sí" si la política se refiere específicamente a una de las siguientes poblaciones clave:**

POBLACIONES CLAVE Y SUBPOBLACIONES VULNERABLES		
<i>Personas que viven con el VIH</i>	<b>Sí X</b>	No
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	Si	<b>No X</b>
<i>Migrantes/poblaciones móviles</i>	Si	<b>No X</b>
<i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i>	Sí	<b>No X</b>
<i>Personas con discapacidades</i>	<b>Sí X</b>	No
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	Si	<b>No X</b>
<i>Internos en prisiones</i>	Si	<b>No X</b>
<i>Profesionales del sexo</i>	Si	<b>No X</b>
<i>Transexuales</i>	Sí	<b>No X</b>
<i>Mujeres y niñas</i>	<b>Sí X</b>	No
<i>Jóvenes</i>	Si	<b>No X</b>
<i>Otras subpoblaciones vulnerables específicas *[especificar]:</i> Víctimas de abuso sexual, indígenas, clientes de los profesionales del sexo, personas desplazadas.	<b>Si X</b>	No

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

<b>Sí X</b>	No
-------------	----

**SI LA RESPUESTA a las preguntas 1.1 o 1.2 ES AFIRMATIVA, describa brevemente los contenidos de esas leyes:**

#### COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.

Las organizaciones que respondieron a esta pregunta coinciden en citar los siguientes instrumentos normativos:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que establece en su artículo 1º la prohibición de todo tipo de discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las

\* Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados)

discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

2. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación cuyo objeto es prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato.
3. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y la Ley para la protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
4. Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana NOM-010-SSA2-2010.
5. Norma Oficial Mexicana-190 para la atención médica de la Violencia Intrafamiliar.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, sexual y contra la mujer.
7. Convenciones y tratados internacionales en materia de derechos humanos ratificados por el país.
8. Programa de Acción Específico 2007-2012 En respuesta al VIH/SIDA e ITS.

Las organizaciones que respondieron en este sentido son: SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C., COMUNIDAD METROPOLITANA A.C, POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C., BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C., ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C., EUX ARTE Y SIDA, A.C., FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P., ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C., IRAPUATO VIVE, A.C. y DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.

#### **COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

El de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación es prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato. Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. Si bien no se cuenta con leyes específicas ésta ley general ampara a todas las poblaciones antes mencionadas. Para casos concretos se encuentran: la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana NOM-010-SSA2-1993 para las personas que viven con VIH y para el caso de personas con discapacidad esta la Ley general para personas con discapacidad.

#### **Explique brevemente los mecanismos establecidos para asegurar la aplicación de dichas leyes:**

##### **COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Las organizaciones que respondieron esta pregunta señalan como mecanismo para asegurar la aplicación de dichas leyes a distintos organismos como el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), las Comisiones de Derechos Humanos a nivel Nacional y a niveles locales y el Comité de Normatividad y Derechos Humanos de CENSIDA. Sin embargo, plantean también que estos órganos carecen de facultades para sancionar, pues únicamente emiten recomendaciones.

Las organizaciones que respondieron en este sentido son: SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C., COMUNIDAD METROPOLITANA A.C, BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C., ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C., EUX ARTE Y SIDA, A.C., FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P., ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C., y DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.

##### **COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, es un organismo descentralizado sectorizado a la Secretaría de Gobernación, con personalidad jurídica y patrimonio propios. Para el desarrollo de sus atribuciones, el Consejo gozará de autonomía técnica y de gestión; de igual manera, para dictar las resoluciones que en términos de la presente Ley se formulen en los procedimientos de reclamación o queja, el Consejo no estará subordinado a autoridad alguna y adoptará sus decisiones con plena independencia. El Consejo tiene las atribuciones siguientes: I. Diseñar estrategias e instrumentos, así como promover

programas, proyectos y acciones para prevenir y eliminar la discriminación; II. Proponer y evaluar la ejecución del Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación conforme a la legislación aplicable; III. Verificar la adopción de medidas y programas para prevenir y eliminar la discriminación en las instituciones y organizaciones públicas y privadas, así como expedir los reconocimientos respectivos; IV. Desarrollar, fomentar y difundir estudios sobre las prácticas discriminatorias en los ámbitos político, económico, social y cultural; V. Realizar estudios sobre los ordenamientos jurídicos y administrativos vigentes en la materia, y proponer, en su caso, de conformidad con las disposiciones aplicables, las modificaciones que correspondan; VI. Emitir opinión en relación con los proyectos de reformas en la materia que envíe el Ejecutivo Federal al Congreso de la Unión, así como los proyectos de reglamentos que elaboren las instituciones públicas; VII. Divulgar los compromisos asumidos por el estado mexicano en los instrumentos internacionales que establecen disposiciones en la materia; así como promover su cumplimiento en los diferentes ámbitos de Gobierno; VIII. Difundir y promover contenidos para prevenir y eliminar las prácticas discriminatorias en los medios de comunicación; IX. Investigar presuntos actos y prácticas discriminatorias, en el ámbito de su competencia; X. Tutelar los derechos de los individuos o grupos objeto de discriminación mediante asesoría y orientación, en los términos de este ordenamiento; XI. Promover la presentación de denuncias por actos que puedan dar lugar a responsabilidades previstas en ésta u otras disposiciones legales; XII. Conocer y resolver los procedimientos de queja y reclamación señalados en esta Ley; XIII. Establecer relaciones de coordinación con instituciones públicas federales, locales y municipales, así como con personas y organizaciones sociales y privadas. Asimismo, podrá coordinarse con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y demás órganos públicos, con el propósito de que en los programas de gobierno, se prevean medidas positivas y compensatorias para cualquier persona o grupo; XIV. Solicitar a las instituciones públicas o a particulares, la información para verificar el cumplimiento de este ordenamiento, en el ámbito de su competencia, con las excepciones previstas por la legislación; XV. Aplicar las medidas administrativas establecidas en esta Ley XVI. Asistir a las reuniones internacionales en materia de prevención y eliminación de discriminación; XVII. Elaborar y suscribir convenios, acuerdos, bases de coordinación y demás instrumentos jurídicos con órganos públicos o privados, nacionales o internacionales en el ámbito de su competencia; XVIII. Diseñar y aplicar el servicio de carrera como un sistema de administración de personal basado en el mérito y la igualdad de oportunidades que comprende los procesos de Reclutamiento, Selección, Ingreso, Sistema de Compensación, Capacitación, Evaluación del Desempeño, Promoción y Separación de los Servidores Públicos.

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

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Los comentarios de las OSC respecto a la aplicación de la normatividad contra la discriminación son heterogéneos, percepciones plantean por un lado avances en la implementación de esas leyes y por otro retrocesos en cuanto a la falta de homologación entre la legislación nacional y estatal. En seguida se reproducen los comentarios de las OSC:

La aplicación de estas leyes, depende directamente de la presión que ejerce la sociedad civil sobre el gobierno para su cumplimiento. En este sentido, existen poblaciones que no son visibilizadas para acceder a la defensa de sus derechos fundamentales como la población de UDIS y migrantes. La aplicación depende de las voluntades políticas estatales. Los departamentos de seguridad de las entidades, son los principales precursores de las violaciones de los derechos de las poblaciones. Existen grupos fácticos de poder, que impiden la aplicación de dichas leyes (ej Iglesia) (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).

La legislación relacionada con la protección contra la discriminación y derechos humanos no conllevan penalización, sino recomendación. El ofrecimiento rutinario de la prueba de detección de VIH a mujeres embarazadas que es una medida de protección de la transmisión al bebé no es consistente por parte de los proveedores de servicios de salud, tampoco lo es la información sobre los riesgos de dicha transmisión y los beneficios del tratamiento profiláctico. De la misma manera, no se cumple la obligación de preguntar sobre violencia intrafamiliar por lo menos 3 veces durante el control prenatal. En algunos estados hay resistencia a la aplicación de la NOM-046 en lo que respecta a la prevención y atención de la violencia sexual (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C.).

Es un proceso paulatino, se denotan avances aunque persisten retos y desinformación al respecto por parte de servidores públicos y sector privado (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).

En las 32 estados partes no hay una respuesta uniforme a la nueva cultura de la igualdad y la no discriminación. Las causas son diversas la falta de voluntad política. La falta de trabajo con los diputados locales y en el congreso. La falta de leyes estatales. La falta de iniciativas ciudadanas, o de las OSC para

fomentar esta nueva cultura de la igualdad. En los estados que se aplica esto ayudo mucho a disminuir la homofobia y permite el acceso a servicios y el respeto de los derechos humanos de las minorías. En el caso particular de Coahuila, ante la inhabilidad de la Comisión Estatal de los derechos Humanos, permitió actuar en la construcción de un ambiente más sano para los grupos vulnerados por la pandemia del VIH /SIDA. Considero que falta mucho para que este beneficio se ciudanice. Es importante entender que la desigualdad vulnera, así como identificar los actos de discriminación que impiden un desarrollo igualitario para el acceso de oportunidades (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

Me parece que el grado en el que están siendo aplicadas es muy subjetivo ya que somos un país con gran discriminación hacia los indígenas y migrantes por ejemplo establece, el presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), Emilio Álvarez Icaza, indicó que "México sigue siendo presa de un marcado racismo y esencialmente las personas de origen indígena siguen estando en una situación de tremenda desventaja" (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

La cultura de la denuncia es poca en nuestro país, desgraciadamente los DDHH somos pocos los que denunciemos, por otra parte de la CNDH a partir de este año 2011 se pueden realizar denuncias a partir de ser OSC como denuncias colectivas (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

El artículo 1° Constitucional, al ser un apartado de reciente modificación, aun no ha logrado el impacto previsto. Existen 13 Estados de la República Mexicana que aun no han adecuado la Constitución Estatal a las modificaciones de la Federal. En cuanto a la Ley Federal Contra la Discriminación aún se observan grandes vacíos en su promoción y difusión entre la ciudadanía (IRAPUATO VIVE, A.C.).

Hay poco conocimiento de la población en general de este tipo de leyes y acciones a realizar en caso de situaciones de discriminación, por lo que muchos casos no se reportan o no se les da el seguimiento adecuado (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

En el Distrito Federal ha funcionado el mecanismo de Denuncia e incluso ha sido un modelo exitoso, sin embargo en otros estados depende más de las jurisdicciones, de los gobiernos y de los mecanismos, si a eso le sumamos que muchos de los estados tienen una visión sesgada, prejuiciosa y estigmatizada eso impide que pueda ser aplicada la Ley. Debemos reconocer que los impulsos de la sociedad civil han sido una presión importante, un ejemplo de ellos es el Instaurar el Día contra la Homofobia (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.).

En ningún grado si no está penalizada la discriminación en el Estado, no se respeta la Constitución, en muy fácil que alguien que vive con VI, sea discriminado por esto alegando fácilmente desoidos, actos discriminatorios y el silencio, pues a pesar de que existen ONG.s especialistas en tener la nota nacional, aun sus intereses personales igualmente les obligan a callar (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)

#### COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS

A diez años de haber sido incorporado el derecho a la no discriminación en el artículo 1° de la constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se han realizado importantes esfuerzos contra la discriminación desde el ámbito legal, institucional y social. Entre éstos se encuentra la promulgación en 2003 de la ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED), y la creación en 2004 del consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), como órgano del Estado mexicano responsable de velar por la protección, respeto, cumplimiento y promoción del derecho a la no discriminación y a la igualdad de oportunidades. Si bien estos avances son significativos, las encuestas sobre discriminación revelan que México es todavía "una sociedad con intensas prácticas de exclusión, desprecio y discriminación hacia ciertos grupos" y "que la discriminación está fuertemente enraizada y asumida en la cultura social, y que se reproduce por medio de valores culturales" (CONAPRED, 2011. Resultados de la Encuesta Nacional de Discriminación (ENADIS) 2010, p.6). Adicionalmente, es importante considerar que si bien existe la ley federal y varios estados han aprobado leyes estatales en contra de la discriminación, algunos ordenamientos jurídicos locales, como pueden ser los bandos de policía y buen gobierno de algunos municipios, han incluido entre sus disposiciones prácticas que contravienen estas leyes.

2. ¿Existen en el país leyes, reglamentos o políticas que supongan obstáculos<sup>§</sup> para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH para las poblaciones clave y otras subpoblaciones vulnerables?

Sí 

No

2.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿para qué subpoblaciones?

POBLACIONES CLAVE Y SUBPOBLACIONES VULNERABLES		
<i>Personas que viven con el VIH</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Migrantes/poblaciones móviles</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Huérfanos y otros niños vulnerables</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Personas con discapacidades</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Usuarios de drogas inyectables</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Internos en prisiones</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Profesionales del sexo</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Transexuales</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Mujeres y niñas</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Jóvenes</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No
<i>Otras subpoblaciones vulnerables* específicas *[especificar]: Indígenas</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No

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

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Los comentarios de las organizaciones coinciden en plantear obstáculos normativos para la prevención, tratamiento, atención y apoyo eficaces relacionados con el VIH, tales como la existencia de Bandos de Policía y Buen Gobierno y Reglamentos, todo ellos municipales, que establecen una serie de restricciones basadas en normas sociales de conducta que vulneran de derechos humanos, reproducen estereotipos y generan discriminación, estigma, homofobia, violencia, exclusión etc. Por ejemplo reglamentaciones municipales que prohíben el trabajo sexual, el libre tránsito de UDIS y de homosexuales, el travestismo e incluso las campañas de prevención como distribución gratuita de preservativos.

Por otra parte, también señalan la existencia de políticas públicas locales que favorecen acciones de persecución en contra de trabajadoras/es del sexo comercial, usuarios de drogas inyectables, migrantes, Transexuales y/o HSH.

También se refiere que la NOM - 010-SSA2-1993 no respalda que las y los jóvenes que no han alcanzado la mayoría de edad puedan realizarse libremente la prueba de VIH, Jurisdicciones sanitarias que siguen demandando una cartilla de salud, con prueba obligatoria de VIH, para trabajadoras del sexo, incluyendo trans. Políticas carcelarias que no permiten condones en los cárceles (con la excepción de en algunos casos para la visita conyugal) ni jeringas, ni cloro. Prácticas por parte de policías de acosar y encarcelar a usuarios de drogas. De la misma manera se plantea la permanencia de barreras para acceder a prevención y atención al VIH entre población migrante sin papeles, a pesar de algunos leyes que deben de garantizar acceso a los servicios de salud, independiente de su estatus

<sup>§</sup>No tienen por qué ser necesariamente políticas o leyes específicas del VIH. Abarcan las políticas, leyes o regulaciones que pueden disuadir o dificultarles a las personas el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyos. Algunos ejemplos citados en los informes nacionales del pasado, entre otros, eran: “las leyes que criminalizan las relaciones con personas del mismo sexo”, “las leyes que criminalizan la posesión de preservativos o de parafernalia de drogas”, “leyes sobre los vagabundos”; “leyes que impiden la importación de medicamentos genéricos”; “políticas que impiden la distribución o posesión de preservativos en prisiones”; “políticas que impiden a los no-ciudadanos acceder al tratamiento antirretrovírico”; “criminalización de la transmisión y exposición al VIH”; “leyes/derechos de patrimonio para las mujeres”, “leyes que prohíben facilitar información servicios sobre la salud sexual y reproductiva a los jóvenes”, etc.

\* Las subpoblaciones que no figuran en la lista de arriba, que hayan sido identificadas localmente como un grupo que corre un riesgo elevado de contraer la infección del VIH (p.ej., en orden alfabético) los bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, lesbianas, personas desplazadas dentro de su país, prisioneros, y refugiados) se pueden poner arriba si está de acuerdo.

\* Otras poblaciones vulnerables diferentes de las que se han mencionado anteriormente, que localmente han sido identificadas como poblaciones con gran riesgo de contraer la infección del VIH (p. ej., en orden alfabético: bisexuales, clientes de los profesionales del sexo, indígenas, personas desplazadas del país, prisioneros y refugiados)

migratorio.

Finalmente se plantea que existen obstáculos para acceder a servicios de prevención y atención en los centros de reclusión, así como en los centros educativos para que las y los jóvenes cuenten con una verdadera educación sexual.

Las organizaciones que respondieron en este sentido son: COMUNIDAD METROPOLITANA A.C, POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C., ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C., BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C., EUX ARTE Y SIDA, A.C., FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P., ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C., IRAPUATO VIVE, A.C. y DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.

#### COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS

Algunos estados han penalizado la transmisión del VIH. Por ejemplo, el Código Penal del Estado de Veracruz establece en el CAPÍTULO IV PELIGRO DE CONTAGIO el Artículo 158: A quien padezca una enfermedad grave y dolosamente ponga en peligro de contagio a otro, se le impondrán de seis meses a cinco años de prisión y multa hasta de cincuenta días de salario. En el Estado de Chiapas en su artículo 444 señala lo siguiente: Al que, sabiendo que padece una enfermedad fácilmente transmisible pero curable, en periodo infectante de manera intencional y deliberada a fin de provocar el contagio, sostenga relación sexual con alguna persona o por cualquier otro medio directo ponga en peligro de contagio la salud de ésta, siempre y cuando la víctima no tenga conocimiento de la enfermedad, se le impondrá prisión hasta de cinco años y multa hasta de treinta días de salario, sin perjuicio de la sanción correspondiente si causa el contagio; así mismo, será sometido al tratamiento médico correspondiente, pero si el mal transmitido es incurable, la pena será de cuatro a ocho años de prisión. No se considera intencional y deliberada la conducta del sujeto activo, cuando se desconociere que padece la enfermedad contagiable, no tenga el conocimiento de las formas de transmisión de la enfermedad, haya dado a conocer el riesgo de la enfermedad que padece o tomo las medidas necesarias para evitar el contagio. Si el mal fuere transmitido en un centro hospitalario público o privado u otro de servicios médicos, se condenará a la institución al pago de daños; indemnización o sostenimiento médico quirúrgico hasta la recuperación del pasivo, sin perjuicio de la sanción privativa que corresponda al causante del contagio. Este delito se perseguirá por querrela del sujeto pasivo. Las penas establecidas en este artículo, se aplicarán aún cuando el sujeto activo no haya tenido la intención directa e inmediata de contagiar a persona alguna, siempre y cuando haya estado consciente de su padecimiento y del peligro de contagio del mismo. Se presume el conocimiento de la enfermedad, cuando el sujeto activo presenta lesiones o manifestaciones externas provocadas por la misma, fácilmente perceptibles, o cuando, conocedor de su padecimiento está siendo tratado médicamente. Existen otras disposiciones que en la práctica, se traducen en obstáculos para el acceso de las personas menores de 18 años de edad a los servicios de prevención, atención y tratamiento. Por ejemplo, la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana señala en su artículo 6.4.2 lo siguiente: 6.4.2 No deben informarse resultados positivos o negativos en listados de manejo público, ni comunicar el resultado a otras personas sin la autorización expresa del paciente, excepto cuando se trate de menores de edad o de personas con discapacidad mental o incapacidad legal, en cuyo caso se debe informar a los padres o quienes ejerzan la patria potestad, o a falta de éstos al tutor. Bando de policía y buen gobierno de Reynosa Tamaulipas, establece en su artículo 20 que se consideran faltas a la moral y a las buenas costumbres "Las prácticas públicas que impliquen una vida sexual anormal". Algunas políticas como la de acceso a los ARV a través del seguro popular, establecen requisitos que no toda la población puede cumplir, especialmente aquellas con mayores condiciones de vulnerabilidad social como por ejemplo: 1. Residir en territorio nacional, 2. Entregar copia y presentar original de los siguientes documentos: Comprobante de domicilio, Clave Única de Registro de Población (CURP) de cada integrante de la familia o documento oficial que la contenga. Si no cuenta con ella, copia del acta de nacimiento, Identificación oficial con fotografía de la persona que fungirá como titular de la familia. Recibo de pago por cuota familiar que corresponda salvo que se trate de familias que por su condición socioeconómica entren al régimen no contributivo, Múltiples bandos de policía y buen gobierno estableces como obligatoria la prueba de detección al VIH para trabajadoras sexuales.

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

#### COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.

Las OSC que respondieron esta pregunta plantean que los obstáculos se materializan a través de menor acceso a insumos y servicios de prevención y a los servicios de atención para población vulnerable como las personas

privadas de su libertad, trabajadoras/es del sexo comercial, usuarios de drogas inyectables, jóvenes. Por otro lado se plantea la violación de derechos humanos y la reproducción de prejuicios, estigma y discriminación con estas poblaciones. En seguida se reproducen los comentarios íntegros de las OSC:

Los menores de edad tienen acceso limitado a insumos y servicios de prevención. El acceso a insumos de prevención de la población privada de su libertad, dependerá de la voluntad de las autoridades penitenciarias. El bando de policía y buen gobierno, favorece el estigma y discriminación a las poblaciones de: HSH, UDIS, Mujeres trabajadoras sexuales (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).

En los centros de reclusión se impide el acceso a insumos de prevención. Se segrega a las personas infectadas por el VIH/sida. Existe poca apertura llevar a cabo acciones de prevención en estos centros (IRAPUATO VIVE, A.C.).

Jóvenes: Existe una tendencia clara de aumento de nuevas infecciones en poblaciones jóvenes entre 15 y 24 años, sin embargo la normativa resulta ser un obstáculo para que las y los jóvenes puedan acceder a una prueba y conocer de manera temprana su diagnóstico pues no se respeta su derecho a la confidencialidad obligándoles a informar a padres o tutores los resultados de la prueba. Asimismo, la dificultad para adquirir condones por menores de edad es un obstáculo importante para la prevención (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C.).

Es bien sabido que los grupos que son sujetos a la persecución y criminalización no acuden a servicios de salud, incrementa el estigma y se dificulta llevar a cabo las estrategias de prevención (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).

No permite el acceso a servicios. No permite acceder a justicia social. La discriminación vulnera. Son objeto de extorsión y de abuso de poder. Son asesinados por que el estado fomenta el odio. Son víctimas de violencia institucional. No viven en un estado de derecho (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

La falta de sensibilización de los profesionales ante las poblaciones clave que obstaculiza el brindar una atención integral (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

Principalmente en las poblaciones claves que son Trabajadoras y trabajadores sexuales, población de HSH y de TTT en donde por abuso y extorsión policiaco estas poblaciones son llevados o extorsionados por su apariencia en su vestir o por pertenencias como condones. Generalmente esta el equipo del policía "bueno" y del "malo" para lograr la extorsión por medio de violencia psicológica, o si no la agresiones verbales y corporales (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

Cuando acciones de promoción de salud en materia de VIH son castigadas con detención o se incluyen discursos conservadores que contradicen las políticas de salud (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD A.C.)

El juicio moral de alguien que no tiene una ética profesional, lo conduce a creer inmoral todo aquello que por tradición verbal o familiar le diga que no es correcto, justo, así que ser homosexual transgénero o lesbiana, sigue para muchos de estos servidores públicos un acto moral que debe ser castigado o reprimido (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)

#### COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS

Las leyes que criminalizan la transmisión del VIH contribuyen al retraso en la detección ya que de conocer su condición la persona se convierte en un potencial criminal, si conoce su estado puede no acceder a los servicios para no ser identificada como una persona que vive con VIH. Esto impide la atención oportuna y la prevención de nuevos casos. En el caso de niños, niñas y adolescentes el ejercicio de sus derechos queda limitado al cumplimiento de la mayoría de edad establecida por la legislación; ya que previamente su acceso a servicios de prevención, detección y atención queda supeditado a la autorización de sus padres. Para trabajo sexual la obligatoriedad de las pruebas, puede contribuir a la extorsión y explotación de quienes ejercen el trabajo sexual a cambio de la autorización para hacerlo. Contribuye a aumentar la movilidad de este grupo y a la no atención del VIH y otras ITS. Migrantes/poblaciones móviles: las personas que carecen de identificación oficial en México no pueden acceder a esquemas de aseguramiento de salud y, por ende, tampoco a servicios de prevención, atención y tratamiento públicos.

**3. ¿Tiene el país una política, ley o regulación para reducir la violencia contra las mujeres, como, por ejemplo, las víctimas de agresiones sexuales o las mujeres que viven con el VIH?**

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

**Describa brevemente el contenido de la política, ley o regulación y las poblaciones a las que se refiere.**

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Las OSC que respondieron coinciden en citar la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia como el eje rector de la política para prevenir, eliminar y sancionar la violencia contra las mujeres. Esta Ley tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por otra parte, también se mencionan algunas leyes similares a nivel estatal, los códigos penales estatales donde se ha tipificado el delito de feminicidio y las Normas Oficiales Mexicanas 190 y 046 de atención médica de la violencia familiar y de Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, respectivamente.

Las organizaciones que respondieron en este sentido son: SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C., COMUNIDAD METROPOLITANA A.C, POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C., ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C., BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C., EUX ARTE Y SIDA, A.C., FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P., ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C., IRAPUATO VIVE, A.C. y DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia fue expedida en 2006 y tiene como objetivo establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La Ley prevé el establecimiento de un Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, que contendrá acciones para: I. Impulsar y fomentar el conocimiento y el respeto a los derechos humanos de las mujeres; II. Transformar los modelos socioculturales de conducta de mujeres y hombres, incluyendo la formulación de programas y acciones de educación formales y no formales, en todos los niveles educativos y de instrucción, con la finalidad de prevenir, atender y erradicar las conductas estereotipadas que permiten, fomentan y toleran la violencia contra las mujeres; III. Educar y capacitar en materia de derechos humanos al personal encargado de la procuración de justicia, policías y demás funcionarios encargados de las políticas de prevención, atención, sanción y eliminación de la violencia contra las mujeres; IV. Educar y capacitar en materia de derechos humanos de las mujeres al personal encargado de la impartición de justicia, a fin de dotarles de instrumentos que les permita juzgar con perspectiva de género; V. Brindar los servicios especializados y gratuitos para la atención y protección a las víctimas, por medio de las autoridades y las instituciones públicas o privadas; VI. Fomentar y apoyar programas de educación pública y privada, destinados a concientizar a la sociedad sobre las causas y las consecuencias de la violencia contra las mujeres; VII. Diseñar programas de atención y capacitación a víctimas que les permita participar plenamente en todos los ámbitos de la vida; VIII. Vigilar que los medios de comunicación no fomenten la violencia contra las mujeres y que favorezcan la erradicación de todos los tipos de violencia, para fortalecer el respeto a los derechos humanos y la dignidad de las mujeres; IX. Garantizar la investigación y la elaboración de diagnósticos estadísticos sobre las causas, la frecuencia y las consecuencias de la violencia contra las mujeres, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas desarrolladas para prevenir, atender, sancionar y erradicar todo tipo de violencia; X. Publicar semestralmente la información general y estadística sobre los casos de violencia contra las mujeres para integrar el Banco Nacional de Datos e Información sobre Casos de Violencia contra las Mujeres; XI. Promover la inclusión prioritaria en el Plan Nacional de Desarrollo de las medidas y las políticas de gobierno para erradicar la violencia contra las mujeres; XII. Promover la cultura de denuncia de la violencia contra las mujeres en el marco de la eficacia de las instituciones para garantizar su seguridad y su integridad, y XIII. Diseñar un modelo integral de atención a los derechos humanos y ciudadanía de las mujeres que deberán instrumentar las instituciones, los centros de atención y los refugios que atiendan a víctimas. Derivada de esta ley, surgió en el seno de la Procuraduría General de la República la Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia contra las Mujeres y Trata de Personas (FEVIMTRA), cuya misión es conducir las investigaciones ministeriales de esos delitos, además de fungir como interlocutora con instancias públicas y la sociedad civil para la construcción de una cultura orientada al

ejercicio igualitario de una vida libre de violencia.

4. *¿Se menciona explícitamente en alguna de las políticas o estrategias del VIH la promoción y la protección de los derechos humanos?*

Sí

No

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente cómo se menciona a los derechos humanos en esta política o estrategia del VIH:**

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

De acuerdo con los comentarios de las OSC como SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C., POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C., BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C., ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C. e IRAPUATO VIVE, A.C., la promoción y protección de los derechos humanos se encuentra explícitamente establecida en el Programa de Acción Específico 2007-2012, particularmente asociando las actividades de prevención con el impulso de políticas para la disminución del estigma, discriminación, violaciones a los derechos humanos y homofobia en poblaciones clave. Por otra parte también se señala que lo contempla la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Otras organizaciones como EUX ARTE Y SIDA, A.C. plantean que la protección y promoción de los derechos humanos también se realiza desde la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la cual cuenta con un Programa de VIH/SIDA. FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P., cita las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos publicadas por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) desde 1998 que son la fuente de recomendaciones internacionales para integrar los principios y normas de protección de derechos humanos en la respuesta al VIH/SIDA en la legislación nacional. Finalmente se cita también al código penal del D.F. que sanciona la discriminación de cualquier tipo, incluida la discriminación por orientación sexual, características físicas, discapacidad o estado de salud. (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

El plan estratégico de respuesta al VIH 2007-2012, se fundamenta en múltiples acuerdos internacionales firmados por México, los cuales se mencionan en el mismo documento, así como en el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional de Salud, y otros instrumentos nacionales. En su apartado de objetivos el plan estratégico establece: Estrategia 5. Impulsar políticas para la disminución del estigma, discriminación, violaciones a derechos humanos y homofobia en poblaciones clave. Con las siguientes líneas de acción: 5.1 Fomentar modificaciones a leyes y reglamentos nacionales y locales, así como el cumplimiento del marco normativo sobre derechos humanos y derecho a la no discriminación asociada al VIH. Las actividades propuestas son: Impulsar modificaciones a leyes y reglamentos nacionales y locales: Salud, Trabajo, Seguridad Social y Educación; para desarrollar políticas públicas contra la discriminación asociada al VIH. Promover y difundir los lineamientos de observancia general en materia de derechos humanos y derecho a la no discriminación, así como en materia de responsabilidades de servidores públicos, entre personal de las instituciones del sistema nacional de salud. Promover el cumplimiento del marco normativo en materia de VIH e ITS en la legislación federal. Promover y difundir el cumplimiento del derecho a la salud desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos y del derecho a la no discriminación de las personas con VIH, y las que pertenecen a las poblaciones clave. Promover los derechos fundamentales para personas con VIH. Promover servicios de asesoría en materia de estigma, discriminación, homofobia y violación de los derechos humanos de personas con VIH. 5.2 Capacitar al personal de salud en materia de derechos humanos y derecho a la no discriminación asociada al VIH. Como actividad se propone: Capacitar al personal de salud especializado en atención de personas con VIH/SIDA en competencias, habilidades y conocimientos sobre derechos humanos, estigma, discriminación, violaciones a los derechos fundamentales y homofobia. La Norma Oficial Mexicana (NOM-010-SSA2-1993), para la Prevención y Control de la Infección por el VIH en su apartado 6.3.4, menciona: La detección del VIH/SIDA no debe ser considerada como causal médica para afectar los derechos humanos fundamentales o disminuir las garantías individuales estipuladas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

5. ¿Hay algún mecanismo que registre, documente y trate los casos de discriminación experimentados por las personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y otras poblaciones vulnerables?

Sí 

No

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente dicho mecanismo:**

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Las OSC que respondieron esta pregunta mencionan básicamente dos mecanismos principales a través de los que se registra, documenta y trata casos de discriminación, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). También se cita a las comisiones de derechos humanos en los estados de la República, aunque se subraya que estos mecanismos carecen de facultades para sancionar y ello representa un obstáculo para la protección plena a los derechos humanos (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C., COMUNIDAD METROPOLITANA A.C., POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C., BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C., ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C., IRAPUATO VIVE, A.C. y DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

La organización EUX ARTE Y SIDA, A.C., considera que en el registro de casos asociados a grupos vulnerados, las OSC tienen un papel fundamental, por ejemplo, a través de quejas, denuncias, defensa de casos, abogacía en el MP., cabildo con tomadores de decisiones, diagnósticos comunitarios participativos, en los foros, en las intervenciones de campo, en el seguimiento de denuncias, en las entrevistas a profundidad con los grupos vulnerados, etc.

Por su parte, la organización ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C., refiere instrumentos internacionales en materia de criterios sobre derechos humanos que prohíben la discriminación por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA.

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

Las Comisiones Nacional y Estatales de Derechos Humanos registran, documentan y buscan la resolución de quejas relacionadas con este tipo de discriminación que, de resultar procedentes, se transforman en recomendaciones para las entidades de la administración pública que presuntamente hayan violado el derecho a la no discriminación. Igualmente, El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) conoce de los procedimientos de queja (por presuntos actos de discriminación imputables a personas físicas o morales) y reclamación (por presuntos actos de discriminación atribuidos a autoridades o servidores públicos federales en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas), los cuales se pueden iniciar de oficio o a petición de parte. En ese sentido, toda persona podrá formular quejas o reclamaciones por presuntas conductas discriminatorias ante el Consejo, ya sea directamente o por medio de su representante.

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

	Se facilitan gratis para todas las personas del país		Se facilitan gratis para algunas personas del país		Se facilitan, pero hay que pagar un precio	
<i>Tratamiento antirretrovírico</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Si	No	Si	No
<i>Servicios de prevención del VIH</i> <sup>#</sup>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Si	No	Si	No
<i>Intervenciones de atención y</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Si	No	Si	No

#

Tales como: seguridad hematológica, promoción del preservativo, reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables, prevención del VIH para los jóvenes no escolarizados, prevención del VIH en el lugar de trabajo, asesoramiento y pruebas del VIH, IEC\* sobre reducción del riesgo, IEC sobre la reducción del estigma y la discriminación, prevención de la transmisión materno infantil del VIH, prevención para las personas que viven con el VIH, servicios de salud reproductiva como la prevención y tratamiento de las ITS, reducción del riesgo para las parejas íntimas de las poblaciones clave, reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, reducción del riesgo para los profesionales del sexo, educación escolar sobre el VIH para los jóvenes y precauciones universales en el entorno de la atención sanitaria.

<i>apoyo relacionados con el VIH</i>						
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--

**Si corresponde, indique qué poblaciones se han identificado como prioritarias y para qué servicios.**

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

En general, los comentarios de las OSC advierten que los servicios de tratamiento son generalizados, aunque habría que seguir trabajando en el acceso a tratamiento ARV para las personas que carecen de seguridad social. Respecto a las acciones en materia de prevención, e reconocen los esfuerzos en materia de prevención en mujeres embarazadas aunque se señala que en su mayoría esas acciones están focalizadas en poblaciones clave con menos incidencia en otros grupos vulnerables y esto representa un problema a resolver. En seguida se reproducen los comentarios íntegros de las OSC que respondieron a esta pregunta:

Las acciones de prevención se encuentra enfocadas solo a algunas poblaciones clave, dejando fuera a poblaciones consideradas vulnerables, si bien se compra de manera masiva el condón masculino para su distribución en los servicios de salud, esta no se hace de manera rutinaria y accesible para todas las personas, ni siquiera para todas las personas con VIH. A pesar de que el condón femenino está contemplando en el Programa Específico de VIH, no está disponible en los servicios de salud (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C.).

El tratamiento y la atención a personas con VIH se brinda a toda persona que lo requiere, sin embargo en cuanto al trabajo de prevención no se cuentan con intervenciones focalizadas impulsadas por el gobierno en las distintas regiones (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).

Falta Tratamientos para los que no tienen servicios de salud. En todos los servicios de salud como medida ante el peligro de contagio por una mala práctica. Servicios de prevención no es un servicio generalizados es más fácil responder a quien no se le proporciona a los jóvenes no. A los menores de edad menos. A las víctimas de violencia intrafamiliar no. A las víctimas de abuso sexual no. Intervenciones de atención y apoyo no considera servicios a los huérfanos del VIH/SIDA. A los niños y niñas con VIH. A los jóvenes con VIH. A las víctimas de abuso sexual. A las víctimas de violencia intrafamiliar. A los adictos al sexo. A los usuarios de drogas, entre otros (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

Campañas al abrir el espectro a HSH dejo de personalizarse, debería ser más encaminado a población general para sensibilizar en el tema, atención a solo los que alcanzan las metas estatales y de prevención solo a un grupo focalizado, ante la misma homofobia en servicios de salud es difícil alcanzar a una gran población (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)

Tratamiento antirretrovírico para todas las personas, con independencia del grupo al que pertenezcan. Servicios de Prevención del VIH, sólo se ha considerado a las poblaciones mayormente vulnerables por sus prácticas de riesgo (IRAPUATO VIVE, A.C.).

Personas que viven con VIH (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

En 2000 el gobierno de la ciudad de México estableció su propio Comité para la Prevención, Control y Atención del VIH (Cofsida), en el marco del cual se inauguró una clínica especializada para la atención de las personas infectadas con este virus, conocida como Clínica Especializada Condesa (CEC). La única en América Latina orientada especialmente a la atención de PVVIH. En donde: Se instrumentó el Programa de Prevención de VIH/SIDA "Nueva Era" Se inició la campaña de acceso universal a la prueba de detección de VIH/SIDA a mujeres embarazadas. Tratamiento especializado con antirretrovirales gratuitos Tratamiento de profilaxis post-exposición para las víctimas de violencia sexual, el cual permite combatir el contagio de VIH. Se participó en el Congreso Internacional de VIH/SIDA durante el cual la clínica fue visitada por 138 delegaciones internacionales. Se abrió el servicio de seguimiento médico para personas víctimas de violencia sexual, el cual incluye detección y tratamiento de ITS y VIH/SIDA. Las poblaciones como HSH y mujeres embarazadas (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

La provisión de tratamiento antirretroviral por parte del Estado ha priorizado a aquellas personas que carecen de acceso a servicios de salud privados, al tiempo que provee de tratamiento a las personas viviendo con VIH que sean derechohabientes de servicios de salud públicos. En el caso de los servicios de prevención, se ha priorizado a las poblaciones consideradas como mayormente afectadas por la epidemia, tales como HSH, TS y UDI.

**7. ¿Dispone el país de una política o estrategia que asegure a varones y mujeres la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?**

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

7.1. En concreto, ¿tiene establecida el país una política que asegure el acceso de las mujeres a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH fuera del contexto del embarazo y del parto?

Sí	No <sup>24</sup> <input checked="" type="checkbox"/>
----	--

8. ¿Dispone el país de una estrategia o política que asegure a las poblaciones clave y/o a otras subpoblaciones vulnerables la igualdad en el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

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

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente el contenido de dicha política/estrategia y las poblaciones incluidas:**

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Las OSC citan distintos instrumentos a través de los cuales se asegura la igualdad en el acceso a prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
2. El programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH/SIDA e ITS
3. La Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del VIH/SIDA
4. Acuerdo del Consejo de Salubridad General por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH/sida en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud
5. Instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a través del cual el país se han comprometido a garantizar a todas las personas el disfrute más alto de salud física y mental que puedan ofrecer sus posibilidades de desarrollo económico y social, en particular respecto el derecho a la salud, la obligación de respetar implica para los Estados abstenerse de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas.

Las organizaciones que respondieron en este sentido son: SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C., POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C., ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C., EUX ARTE Y SIDA, A.C., FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P., IRAPUATO VIVE, A.C. y DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

El Programa de Acción Específico (PAE) establece en sus objetivos específicos el “Garantizar que las personas con VIH cuenten con oportunidades efectivas para ejercer a plenitud sus derechos constitucionales, con énfasis en su derecho a la salud, en un marco de respeto a su dignidad ya la diversidad sexual. Promover la sustentabilidad de estrategias que han permitido que no se generalice la epidemia en el país. Mejorar el acceso y la calidad de la atención integral por personal calificado a todas las personas con VIH y otras ITS. Fortalecer la participación de la sociedad civil y las personas con VIH en los programas de prevención, así como en las campañas dirigidas a disminuir el estigma, la discriminación y la homofobia en poblaciones clave. Fortalecer la coordinación, capacitación, y movilización de los recursos necesarios en los servicios de atención prenatal, para interrumpir la transmisión perinatal del VIH y la sífilis.

8.1. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿incluye esta política/estrategia diferentes tipos de enfoques que aseguran la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones clave y/u otras subpoblaciones vulnerables?

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

<sup>24</sup> El Sistema de Naciones Unidas considera que en México existe una política de acceso universal que garantiza la atención para todas las personas que lo requieran, aunque reconoce que no existe una política diferenciada para mujeres fuera del contexto del embarazo y parto.

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, explique brevemente los diferentes tipos de enfoques que aseguran la igualdad en el acceso de las distintas poblaciones:**

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

De acuerdo con los comentarios de las OSC, los enfoques que aseguran igualdad en el acceso a prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH están plasmados en los diferentes instrumentos de política y se refieren principalmente al enfoque de derechos humanos, igualdad de género, no discriminación, respeto a la diversidad sexual y acceso universal.

Las organizaciones que respondieron en este sentido son: POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C., ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C., EUX ARTE Y SIDA, A.C., FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P., ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C., IRAPUATO VIVE, A.C. y DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

El Programa de Acción Específico (PAE) establece entre sus líneas de acción: 1.2 Fortalecer el desarrollo de estrategias preventivas, con énfasis en los grupos clave. Para este fin, las actividades propuestas son: Promover estrategias de prevención de la transmisión sexual focalizadas, tomando en cuenta las necesidades de las poblaciones clave, que incluyan acceso a condones, lubricantes pruebas de detección del VIH e ITS, educación sexual, en hombre gay y otros hombres que tienen sexo con hombres; mujeres y hombres trabajadores del sexo comercial y sus clientes; privados de la libertad, población móvil; indígenas. Promover el desarrollo de programas de reducción del daño asociados a la transmisión del VIH por uso de drogas, en las entidades federativas con mayor prevalencia.

**9. ¿Tiene establecida el país una política que prohíba las pruebas sistemáticas del VIH a efectos generales de trabajo y empleo (contratación, funciones/traslados, designación, promoción, cese)?**

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

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa brevemente el contenido de la política o ley:**

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Las OSC que respondieron esta pregunta coinciden en citar los siguientes instrumentos:

1. Ley Federal del Trabajo, que prohíbe las pruebas de VIH por parte del patrón a sus trabajadoras y que señala que su condición de salud no es motivo de despido y no es motivo para negar un empleo.
2. La Ley del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas, en la que se eliminó la referencia al VIH como causa automática de baja de las filas del Ejército.
3. La Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 que contiene un apartado específico respecto a las pruebas del VIH en el ámbito laboral: (6.3) Toda detección del VIH/SIDA se rige por los criterios siguientes: (6.3.3) No se debe solicitar como requisito para el acceso a bienes y servicios, obtener empleo, formar parte de instituciones sociales o para recibir atención médica. (6.3.4) No se debe ser considerada como causal para la rescisión de un contrato laboral, la expulsión de una escuela, la evacuación de una vivienda, la salida del país o el ingreso al mismo, tanto de nacionales como extranjeros. (6.3.5) Quien se somete a análisis debe hacerlo con conocimiento suficiente, en forma voluntaria, con firma de autorización y seguro de que se respetará su derecho a la privacidad y a la confidencialidad del expediente. (6.3.6) Ninguna autoridad puede exigir pruebas de detección de VIH/SIDA a un individuo, o los resultados de las mismas, sin que presente una orden judicial.
4. Cartilla de Derechos Humanos de las personas con VIH/SIDA, en la que se establece que la aplicación de la prueba del VIH no debe ser requisito para recibir atención médica, obtener empleo, contraer matrimonio, formar parte de instituciones educativas o tener acceso a servicios. Vivir con VIH/sida no puede ser causal para la negación de servicios de salud, despido laboral, expulsión de una escuela, desalojo de una vivienda o expulsión del país. Tampoco se puede limitar el libre tránsito. Vivir con VIH/sida no puede ser motivo de detención, aislamiento o segregación.

Las organizaciones que respondieron en este sentido son: SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C., COMUNIDAD METROPOLITANA A.C., POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C., BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C., ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C., EUX ARTE Y SIDA, A.C., FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P., ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C. y DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.

Adicionalmente, la organización SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C., plantea una agenda de reformas legales urgentes en la materia: establecer la prohibición de despidos a portadores del VIH/sida, prohibición de efectuar pruebas de VIH/sida a empleados sin su previo consentimiento, así como la prohibición de solicitar diagnósticos de rutina que incluyan prueba de VIH/sida. Se recomiendan reformas a la Ley Federal del Trabajo que promuevan las oportunidades laborales para personas con VIH/sida, tomando en cuenta que el desempleo de estas personas afecta a un grupo familiar y posiblemente comunitario. Se recomienda reformar el Artículo 134, fracción X de la Ley Federal del Trabajo (capítulo II, Obligaciones de los Trabajadores) de tal manera que el VIH no se contemple dentro de las enfermedades obligatorias a reportar, ya que cuando se cuenta con seguridad social y tiene tratamientos antirretrovirales en la seropositividad, no causa discapacidad y no pone en riesgo de transmisión ambiental a ningún compañero de trabajo. A pesar de estar recomendaciones los empleadores siguen solicitando tanto la prueba de VIH como la prueba de embarazo.

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

La Ley Federal del Trabajo, en su artículo 4º establece que no se podrá impedir el trabajo a ninguna persona ni que se dedique a la profesión, industria o comercio que le acomode, siendo lícita. El ejercicio de estos derechos sólo podrá vedarse por resolución de la autoridad competente cuando se ataquen los derechos de tercero o se ofendan los de la sociedad. Por su parte, la Ley Federal para Prevenir la Discriminación establece en su artículo 9, fracción III que está prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades [y que, por lo mismo, se considera como conducta discriminatoria] prohibir la libre elección de empleo, o restringir las oportunidades de acceso, permanencia y ascenso en el mismo. Asimismo, la NOM 010 previamente citada señala en su artículo 6.3.3 que no se solicitará como requisito para acceso a bienes y servicios de cualquier tipo, contraer matrimonio, obtener empleo, formar parte de instituciones educativas o para recibir atención médica, y en cualquier otro caso que impida o anule el ejercicio de los derechos de la persona, conforme a lo que establecen las disposiciones jurídicas que emanan de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Asimismo, el artículo 6.3.4 establece que la detección del VIH/SIDA no debe ser considerada como causal médica para afectar los derechos humanos fundamentales o disminuir las garantías individuales estipuladas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

**10. ¿Tiene el país los siguientes mecanismos de vigilancia que aseguren el respeto de los derechos humanos?**

*a. Existencia de las instituciones nacionales para la promoción y protección de los derechos humanos, incluidas comisiones de derechos humanos, de reforma de la legislación, organismos de control y defensores del pueblo que consideren como parte de su ámbito de trabajo los asuntos relacionados con el VIH.*

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

*b. Indicadores del desempeño y patrones de referencia para el cumplimiento de las normas de derechos humanos en el contexto de los esfuerzos relacionados con el VIH.*

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

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA en cualquiera de las preguntas formuladas arriba, describa alguno ejemplos:**

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Las OSC que respondieron esta pregunta coinciden en citar el trabajo que la Comisión Nacional de Derechos Humanos realiza en materia de atención de casos de violaciones asociadas al tema de VIH. También se considera a la CONAPRED y al CENSIDA como ejemplos de mecanismos vigilantes de los derechos humanos de las personas que viven con VIH y finalmente se refieren las OSC al trabajo que ellas mismas realizan en esta materia.

Las organizaciones que respondieron en este sentido son: SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C., COMUNIDAD METROPOLITANA A.C., POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C., BACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C., EUX ARTE Y SIDA, A.C., FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P., ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C., IRAPUATO VIVE, A.C. y DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

La Comisión Nacional de Derechos Humanos cuenta con un Programa de Promoción de los Derechos Humanos de las Personas que Viven con VIH y/o SIDA. Los informes anuales de la CNDH incluyen un seguimiento pormenorizado de las actividades llevadas a cabo en este ámbito. En los informes también se hace un recuento de las recomendaciones emitidas por la CNDH relacionadas con la protección de los derechos de las personas viviendo con VIH.

**11. En los últimos 2 años, ¿han tenido lugar las siguientes actividades de formación y/o de desarrollo de las capacidades?:**

**a. Programas para educar y sensibilizar a las personas que viven con el VIH y a las poblaciones clave sobre sus derechos (en el contexto del VIH) <sup>¶</sup>?**

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

**b. Programas para los miembros del fortalecimiento de la ley y del sistema judicial<sup>¶</sup> sobre el VIH y los problemas relacionados con los derechos humanos**

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

**12. ¿Están disponibles en el país los siguientes servicios de apoyo jurídico?**

**a. Sistemas de ayuda jurídica para el trabajo de asistencia relacionado con el VIH**

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

**b. Bufetes jurídicos del sector privado o centros jurídicos vinculados a la Universidad que ofrezcan servicios de asesoría jurídica gratuitos o a un precio reducido a las personas que viven con el VIH**

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

**13. ¿Existen programas diseñados a reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH?**

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

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿qué tipos de programas?**

<sup>¶</sup> Incluye, por ejemplo, las campañas de sensibilización para conocer tus derechos, que son campañas que favorecen a los afectados por el VIH y les dan la capacidad de conocer sus derechos y las leyes en el contexto de la epidemia (véase Nota sobre las Directrices de ONUSIDA: tratando las leyes relacionadas con el VIH a nivel nacional. Trabajo, 30 de abril de 2008)

<sup>¶</sup> Incluye, por ejemplo, a los jueces, magistrados, abogados, policía, comisarios de los derechos humanos y jueces del tribunal de empleo o comisarios.

<i>Programas para los trabajadores de la atención sanitaria</i>	<b>Si X</b>	No
<i>Programas para los medios de comunicación</i>	<b>Si X</b>	No
<i>Programas en el lugar de trabajo</i>	<b>Si X</b>	No
<b>Otros [especificar]:</b> En personas que viven con VIH para conocer sus derechos y exigir una atención integral y de calidad, CAPASITS.	<b>Si X</b>	No

**14. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría las políticas, leyes y regulaciones que hay para promover y proteger los derechos humanos en relación con el VIH en 2011?**

Muy deficiente											Excelente
0	1	2	3	4	5	6	<b>7 X</b>	8	9	10	
<b>Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</b>											
<b>COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.</b>											
Los comentarios de las OSC respecto a esta pregunta son sumamente heterogéneos en los que se reconoce la existencia de avances importantes en materia instrumentos de protección y promoción de derechos humanos. En seguida se reproducen los comentarios íntegros de las OSC:											
Se instauró un observatorio en conjunto con la CONAPRED y la Comisión del DF para vigilar el tema de Derechos. Los esfuerzos que el programa de VIH de la CNDH ha realizado (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.) Indiscutiblemente conocer que el VIH no es contagioso, sino una infección que no se pega.- se transmite solo por fluidos a sido un gran avance (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)											
Matrimonios de personas del mismo sexo en el DF. Cambio de identidad genérica en el acta de nacimiento, en el DF. Tipificación de feminicidios en distintas entidades. La modificación de la Constitución en materia de Derechos Humanos. Tipificación de la discriminación por preferencia sexual como un delito, en distintas entidades (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).											
El haber trabajado con base a las leyes existentes y desarrollar políticas al respecto (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).											
La promoción que la Comisión Nacional de Derechos Humanos ha realizado sobre los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH, aunando las acciones sobre la Diversidad Sexual y el impulso de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).											
Convenio de las OSC con trabajo en VIH/sida con la CNDH. Vinculación del programa directa con las OSC en los estados. Identificación y comunicación directa con el jefe de programa. Programación de acciones entre la CNDH el programa de VIH y las OSC en los estados. Seguimiento de quejas. Recomendaciones a los estados. Todo esto es de la comisión Nacional, por desgracia las comisiones estatales no funcionan. Y Algunas están intentando funcionar y otras en verdad funcionan muy lentamente (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).											
Uno de los logros que visualizo en estas leyes es que se empoderaron a las personas que viven con VIH sobre sus derechos como el acceso a servicios de calidad médicos y la importancia de la no discriminación (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).											
Las campañas sobre los funcionamientos de los CAPASITS, prevención en medios de comunicación relacionando actores sociales de gran reconocimiento como futbolistas. Campañas de prevención hacia las mujeres (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).											
Han sido muy escasos los esfuerzos en este campo por parte de las autoridades (IRAPUATO VIVE, A.C.).											
<b>COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS</b>											
El Programa de Promoción de los Derechos Humanos de las Personas que Viven con VIH y/o SIDA de la CNDH ha llevado a cabo una intensa agenda de capacitación para funcionarios públicos, organizaciones de la sociedad civil, redes de personas viviendo con VIH, entre otras, tanto en materia de sensibilización como de promoción y defensa de los derechos humanos. Igualmente, cuenta con información útil y de muy fácil acceso en su página sobre la epidemia y las recomendaciones específicas emitidas sobre esta materia.											

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

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Los principales temas en la agenda pendiente que plantean las OSC en materia de protección y promoción de derechos humanos están asociados a la necesidad de llevar a cabo reformas al marco normativo nacional para establecer sanciones específicas a quien violente los derechos humanos de las personas por su condición de género, orientación sexual y salud. La necesidad de legislar para proteger los derechos de la población de usuarios de drogas inyectables y para proteger los derechos laborales de las poblaciones que viven con VIH y otros grupos vulnerables y población clave. También se plantean retos en materia de una mejor coordinación interinstitucional entre distintas instancias públicas y sociales, incrementar las acciones para la promoción de los derechos humanos y favorecer el ejercicio pleno de los mismos. Finalmente se plantea la necesidad de asegurar la participación de los diferentes sectores sociales, en la eliminación del estigma y la discriminación. En seguida se reproducen sus comentarios particulares:

La normatividad existente no promueve la sanción administrativa ni jurídica de las violaciones a los derechos de las personas con VIH y relacionadas con el virus, lo que hace que se continúen perpetrando violaciones contra los derechos fundamentales, tales como el derecho a la no discriminación en las áreas laborales, educativas y de salud, al derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, al consentimiento informado en los procedimientos médicos, entre otros. La falta de sanciones promueve un contexto de impunidad (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C.).

Dar a conocer los derechos y políticas a las personas y favorecer el ejercicio y la promoción de los mismos, armonización de leyes y reglamentos locales (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).

Asegurar la participación de los diferentes sectores sociales, en la eliminación del estigma y la discriminación. Establecer un sistema jurídico acorde a las necesidades que presentan las personas con VIH/sida, en el marco del respeto y observancia de los Derechos Humanos. Establecer mecanismos para que se sancione a las personas o instituciones que violen los Derechos Humanos de las personas en relación a su orientación sexual, género o VIH/sida (IRAPUATO VIVE, A.C.).

Falta una coordinación de trabajo no solo en las instancias de derechos humanos, sino con las instancias de salud, los servicios e incluso con los medios de comunicación (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.)

Derechos humanos, el respeto a las PVVS y sus derechos sexuales, así como romper con el prejuicio laboral que les permitan tener un pleno desarrollo (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)

Las poblaciones más vulnerables son las que tienen menor acceso a la defensoría de sus derechos. Las leyes, principalmente llegan al grado de recomendación y no tienen, por lo general, un carácter obligatorio o punitivo. No se ha legislado para proteger los derechos de la población de UDIS. La falta de documentos de identidad, limita el acceso de las poblaciones a gozar sus derechos (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).

Que las comisiones estatales realicen su trabajo (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

De acuerdo con un estudio presentado por Silvia Panebianco Labbé y Arturo Díaz Betancourt a la Presidencia de la CNDH, las formas de discriminación más frecuentes contra personas con VIH/sida han sido y continúan siendo y que dificulta el proteger los derechos humanos: La negación de la atención; La detección obligatoria; La violación de la confidencialidad; El despido por ser PVVIH; La negación del acceso a bienes y servicios; El maltrato físico y emocional; La estigmatización pública; El abandono, el rechazo y la exclusión (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

Que por sus elevados costos no son posibles que sean permanentes (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

Mayor compromiso con los acuerdos pactados (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

La experiencia del Programa de Promoción de los Derechos Humanos de las Personas que Viven con VIH y/o SIDA de la CNDH podría ser reforzado en los estados, para contribuir en la promoción y defensa para la defensa de los Derechos Humanos, ya que a nivel local existen capacidades y conocimientos distintos tanto de las entidades gubernamentales como de la OSC que impiden llevar adelante un proceso de vigilancia ciudadana del cumplimiento de los derechos de las personas que viven con VIH. De igual manera, hay un reto en materia educativa para cambiar actitudes sobre el VIH y hacia las personas que viven con él, ya que continúan siendo estigmatizadas y discriminadas, enfrentando señalamientos y cuestionamientos basados en prejuicios como sucede en relación al ejercicio de su sexualidad. Sin duda un tema pendiente es garantizar la impartición y promoción de la educación sexual integral, para garantizar el derecho a la prevención así como para la construcción de una sociedad más respetuosa.

15. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría el esfuerzo de implementación de políticas, leyes y regulaciones relacionadas con los derechos humanos en 2011?

Muy deficiente											Excelente
0	1	2	3	4	5 X	6	7	8	9	10	
<b>Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</b>											
<b>COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.</b>											
<p>Las organizaciones que respondieron esta pregunta plantean avances importantes en materia de implementación de políticas relacionadas con los derechos humanos entre las que destacan la existencia de normatividad específica en la materia, tanto a nivel federal como estatal para reducir el estigma y la discriminación y propiciar el respeto a los derechos de las personas con VIH, la existencia de una estrategia nacional de prevención y control del VIH/SIDA que contempla aspectos de derechos humanos y atención de la salud y la realización de campañas de difusión y comunicación, talleres de derechos humanos, etc. En seguida se reproducen los comentarios de las OSC:</p> <p>El tener legislaturas y normas que promueven el acceso a los servicios de salud. El Plan Nacional de prevención y control de VIH/SIDA. El funcionamiento del CONASIDA (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.)</p> <p>En años recientes, nuestro país ha incursionado en el establecimiento de una serie de políticas y creación de leyes en contra del estigma, la discriminación, la inequidad de género y la homofobia, que en el marco de la respuesta al VIH, lo colocan como un país vanguardista al cual hacen referencia funcionarios de agencias internacionales, proponiéndolo como ejemplo de buenas prácticas de las cuales se pueden obtener aprendizajes para otros países en desarrollo (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).</p> <p>La modificación al artículo 1 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, en donde se incluye la observancia y el Derecho a la No Discriminación (IRAPUATO VIVE, A.C.).</p> <p>Se firmó la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).</p> <p>El fortalecimiento del programa del VIH/SIDA. El aceptarte la queja nacional y estar supervisando que las comisiones estatales respondan. En el caso de no sentirte satisfecho con la respuesta estatal acudir a la nacional. Los materiales VIH /SIDA y derechos humanos para niñas, para trabajadores y trabajadoras sexuales entre otros (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).</p> <p>Un logro que visualizo fue la implementación de un taller de derechos humanos en usuarios de la Clínica Condesa donde les visualizaban sus derechos y las obligaciones de los profesionales para una atención integral (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).</p> <p>En El DF espectaculares, al interior del país muy bajos, aun los jotos somos parte no oficial de la sociedad mexicana, según los ojos de líderes de iglesia y algunos partidos políticos, es muy bajo el crecimiento (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)</p> <p>Visibilización de algunos temas como: situación de la población transgénero y los hombres que tienen sexo con hombres (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).</p> <p>Se han enfocado a que los y las ciudadanos tomen la cultura de denuncia a través de facilitar los procesos como ejemplo en sus páginas de internet CENSIDA, CNDH, CONAPRED (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).</p>											
<b>COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS</b>											
Se cuenta con un marco jurídico e institucional sólido en esta materia.											
<b>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</b>											
<b>COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.</b>											
<p>Los principales retos que plantean las OSC en esta materia están asociados principalmente a la necesidad de mejorar la implementación de los mecanismos de derechos humanos en el país, a través de mayor compromiso de los gobiernos tanto a nivel nacional como estatal. Se refieren también la importancia de mejorar el sistema de procuración e impartición de justicia para eliminar actos de impunidad en detrimento de los derechos de las personas con VIH o aquellas poblaciones más vulnerables, así como promover una cultura de denuncia y generar condiciones de seguridad para las acciones que realizan los gobiernos y las organizaciones a favor de la estrategia</p>											

nacional de respuesta al VIH/SIDA. A continuación se citan los comentarios íntegros de las OSC:

Promover leyes y una legislatura acorde a la realidad actual, que garantice la observancia de los Derechos Humanos. Incrementar los programas y proyectos en el marco de la difusión y promoción de los Derechos Humanos, para todas y todos los ciudadanos (IRAPUATO VIVE, A.C.).

No en todos los estados tiene voluntad política para llevar a cabo las políticas leyes y regulaciones aunque estén escritos, puede que las Instancias nos las lleven a cabo, un ejemplo de ello es en cuanto estados se ha instaurado el Día contra la Homofobia, o en que estados se cumple La ley contra la violencia hacia Mujeres y Niñas (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.)

Problemas con la impartición de justicia. Hace falta una cultura de denuncia. La falta de la apropiación por parte de las poblaciones, de sus Derechos Humanos. Socialmente, hay una cultura de legitimizar las violaciones de los Derechos Humanos de las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Principalmente, de ciertos grupos de poder (ej. Políticos, grupos religiosos, entre otros) (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).

La normatividad existente no promueve la sanción administrativa ni jurídica de las violaciones a los derechos de las personas con VIH y relacionadas con el virus, lo que hace que se continúen perpetrando violaciones contra los derechos fundamentales, tales como el derecho a la no discriminación en las áreas laborales, educativas y de salud, al derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, al consentimiento informado en los procedimientos médicos, entre otros. La falta de sanciones promueve un contexto de impunidad (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD, A.C.).

Las Comisiones estatales que no hacen su trabajo (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

El esfuerzo es importante sin embargo las estrategias han sido deficientes en la implementación (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

Cubrir realmente las necesidades de las distintas poblaciones en los distintos estados (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).

En las poblaciones más desprotegidas económicamente y socialmente existe un gran dificultad para su movilización tanto de personal de gobierno como OSC el motivo la inseguridad que hay lugares tomados por el crimen organizado (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

Falta de seguimiento y compromiso a los acuerdos pactados (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

Un estado laico, sin tener leyes que hablen sobre moralidad, buenas costumbres, las cuales solo corrompen a nuestros sistemas públicos y la condenación sigue siendo parte de mal entrenamiento de médicos, personal de secretaria de salud que no se preocupa por los indicadores nacionales, Organizaciones que les callan la boca con dinero cuando hablan con razón (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)

#### COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS

Reforzar las estrategias e incentivos para promover un cambio cultural a favor del respeto de los derechos de las personas viviendo con VIH. Promover la armonización de normas y leyes locales con la legislación general. Fortalecer mecanismos locales para vigilar el respeto a los DDHH.

## IV. PREVENCIÓN

1. *¿Ha identificado el país las necesidades específicas de los programas de prevención del VIH?*

**Sí**

No

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cómo se determinaron dichas necesidades específicas?**

### COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.

Las OSC que respondieron esta pregunta señalan entre los principales medios de determinación de necesidades específicas en materia de prevención: a) el Programa de Acción Específico 2007-2012 el cual contiene el diagnóstico sobre el estado de la epidemia en el país y las necesidades de focalización de las acciones de prevención en poblaciones clave; b) a través de las acciones realizadas en el seno de los Comités del CONASIDA donde participa la sociedad civil y donde se definen necesidades y estrategias de atención; c) a través de los sistemas de información que comparten las instituciones de salud, y c) a través de la aportación de las OSC en la realización de encuestas, diagnósticos comunitarios, estudios, etc. en seguida reproducimos los comentarios de las OSC participantes:

El Programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH/SIDA e ITS, menciona algunas de las necesidades de los programas de prevención del VIH. Sin embargo, se considera necesario hacer un documento más actualizado que recabe las necesidades, incluyendo también a las OSC para tener una aproximación cercana de las necesidades de las poblaciones (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).

El Modelo Operativo del Programa de Acción, el cual describe las intervenciones y acciones intersectoriales a desarrollar en materia de prevención y atención del VIH/SIDA e ITS; según el nivel de cobertura de dichas intervenciones y acciones: universales, que se refieren a las acciones que van dirigidas a la población general; focalizadas o selectivas, que son aquellas intervenciones realizadas en grupos específicos o más afectados por el padecimiento; y finalmente las acciones dirigidas o indicadas, que concentran a las acciones centradas en el individuo. Asimismo, para cada grupo de intervenciones y nivel de cobertura, se hace mención de las instituciones y organismos participantes. Mantener campañas de comunicación que se apeguen a los lineamientos técnicos, que promuevan comportamientos sexuales exentos de riesgo, promover la detección oportuna, la disminución del estigma, la discriminación y la homofobia. Promover la detección voluntaria del VIH, en población general. Apoyar el mercadeo social de condones masculinos y femeninos. Promover el cumplimiento de la normatividad de la Seguridad en la Sangre, Hemoderivados y trasplantes; en lo referente al VIH, Sífilis y Hepatitis B. Ofrecer servicios de circuncisión en hombres adultos, así como promover la circuncisión de niños recién nacidos. Estimular y apoyar la investigación en el campo de la sexualidad humana para prevenir el VIH/SIDA e ITS. Incrementar la detección y tratamiento oportuno de las ITS. Consolidar e incrementar programas de educación sexual con enfoque de género, e información de diversidad sexual. Coordinar con la SEP en forma permanente una campaña sobre educación y salud sexual. Fomentar la participación activa de la Secretaría de Educación Pública en materia de promoción de la salud sexual. Promover la formación y capacitación de técnicos, maestros, alumnos, padres de familia, orientadoras vocacionales, en materia de salud sexual. Promover y difundir los lineamientos de observancia general en materia de derechos humanos y derecho a la no discriminación, entre personal de las instituciones del sistema nacional de salud. Promover estrategias de prevención de la transmisión sexual focalizadas (que incluyan acceso a condones, lubricantes, pruebas de detección del VIH e ITS, educación sexual; en población clave). Promover el desarrollo de programas de reducción del daño asociados a la transmisión del VIH por uso de drogas. Implementar Programas Preventivos basados en los Centro Ambulatorio para Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual. (CAPASITS) de toda la República Mexicana. Incrementar la detección oportuna y el tratamiento eficaz del VIH y sífilis en mujeres embarazadas en atención prenatal. Fortalecer los sistemas de información para la vigilancia epidemiológica en las instituciones públicas y privadas; a través de la implementación de nuevas tecnologías, y la promoción de la vigilancia de segunda generación de VIH/SIDA. Ampliar el acceso a los datos sobre recursos disponibles y servicios otorgados en materia del VIH/SIDA e ITS. Impulsar modificaciones a leyes y reglamentos nacionales y locales: Salud, Trabajo, Seguridad Social y Educación. Promover el cumplimiento del marco normativo en materia de VIH e ITS en la legislación federal. Promover y difundir el cumplimiento del derecho a la salud desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos y del derecho a la no discriminación. (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO, A.C.)

La prevención se ha concentrado en las necesidades epidemiológicas específicas de las poblaciones clave: los hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectables y trabajadores sexuales, con la información disponible. Lo anterior tiene como consecuencia que se restrinja a una epidemia concentrada sin considerar un análisis epidemiológico amplio que considere a las poblaciones vulnerables y que incentive la disponibilidad de datos

actualizados por población y área geográfica (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD A.C.). Conocer la pandemia le permite identificar y establecer la forma de intervenir con grupos vulnerados en materia de prevención. Sabe que la principal vía es por sexo sin protección. Sabe que existen usuarios de drogas. Sabe en qué grupos se encuentra focalizada la pandemia en México. Lo que le lleva a determinar la respuesta y si se realiza bien la intervención los posibles resultados. Sin embargo detener la pandemia del VIH /SIDA en México no es solo entregar un condón o una campaña para de sexo seguro o contra el estigma o la discriminación. En el caso de las mujeres reconociendo la estrecha relación de la violencia con el VIH incluyendo en el consejo nacional a otros actores como el DIF nacional para juntos construir una política de gratitud a las abuelas, tías, hermanos y hermanas y familiares que hoy proporcionan asistencia a los huérfanos del VIH y el estado no lo hace. Multiplicando la carga para estas mujeres. Etiquetando recursos exclusivos de albergues de mujeres a albergues de mujeres en alta vulnerabilidad de contraer el VIH /SIDA en respuesta a los huérfanos del VIH/SIDA. En invitar a la SEDESOL y a la INDESOL al consejo para sensibilizarlo en la pandemia y lograr recursos que no sean salud en general si no para el VIH/SIDA. Lograr convenio con los estados de programas de peso por peso (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

De acuerdo al sistema de información que brinda las bases para identificar las poblaciones clave como por ejemplo HSH, Mujeres embarazadas, etc. Aunque se he referido que las estrategias empleadas principalmente en HSH han sido muy débiles (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.)

En los diagnósticos llevados a cabo por censada, en su programa de M&E, así como insumos por el proyecto nacional del Fondo Global en sus diferentes diagnósticos como el Basal, el de mapeo, diagnostico comunitario de HSH, HSHTS, UDIS como ejemplos de trabajo conjunto entre agencias internacionales, nacionales, academia y OSC (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

En lo particular, en base a Diagnósticos Comunitarios Participativos, para detectar necesidades en las poblaciones mayormente vulnerables por sus prácticas de riesgo. Ante las necesidades detectadas, se están ampliando y llevando a cabo a otros sectores de la sociedad para incluir cada vez más, a otros sectores que han quedado excluidos tradicionalmente en la respuesta al VIH (IRAPUATO VIVE, A.C.).

A través de la participación de la sociedad civil en los comités del CONASIDA, por medio de encuestas, diagnósticos y proyectos que han elaborado la sociedad civil (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.).

#### COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS

Dichas necesidades se determinan específicamente a través del Comité de Prevención, que es un comité derivado del Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CONASIDA), órgano rector de la epidemia en México. A su vez, el Comité de Prevención ha generado mesas de trabajo con planes y actividades dirigidas a las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad.

#### **SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿cómo se están ampliando los programas de prevención del VIH?**

##### COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.

Dos de las organizaciones participantes consideran que en el país no se han identificado completamente las necesidades específicas en los programas de prevención en vista de que hay poblaciones que están excluidas de las acciones en la materia. En seguida se reproducen íntegramente sus comentarios:

Aún faltan acciones para incorporar a poblaciones vulnerables como mujeres, jóvenes e indígenas en los programas y/o políticas a nivel nacional (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

En el país existen muchas realidades y los Derechos Humanos, género se han llenado de dudas. A nivel local se han estancado y pretendemos no ver las realidades actuales, donde la educación, la promoción de los derechos humanos y sexuales, equidad y género son la nueva punta de lanza de las IEC efectivas, ya es hora de cambiar el activismo cirquero de medios y aprender a vincular para generar cambios, dejar de lado el miedo y enfrentarse a crecer y educarnos (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)

1.1 en qué grado se han ejecutado los siguientes componentes de prevención del VIH?<sup>25</sup>

Componente de prevención del VIH	La mayoría de las personas necesitadas disponen de acceso a...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
<i>Seguridad hematológica</i>	1	2	3	4 X	N/C
<i>Promoción del preservativo</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>Prevención del VIH para jóvenes no escolarizados</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>Prevención del VIH en el lugar de trabajo</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>Asesoramiento y pruebas del VIH</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>IEC sobre reducción de riesgo</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>IEC* sobre reducción del estigma y discriminación</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Prevención de la transmisión materno infantil del VIH2</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Prevención para las personas que viven con el VIH</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Servicios de salud reproductiva, incluidos la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>Reducción del riesgo para las parejas íntimas de las poblaciones clave</i>	1 X	2	3	4	N/C
<i>Reducción del riesgo para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Reducción del riesgo para los profesionales del sexo</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>Educación escolar sobre el sida para jóvenes</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>Precauciones universales en entornos de atención sanitaria</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Otros(especificar):</i>	1	2	3	4	N/C X

\*IEC= información, educación, comunicación

<sup>25</sup> Respecto a los componentes de prevención citados en la pregunta 1.1, la organización Acción Colectiva por los Derechos de las Minorías Sexuales, A.C., planea que en el Estado de Nuevo León, el departamento de Centro de protección y prevención de la salud sexual (Departamento de SANIDAD) aplica la prueba de anticuerpos como obligatoria para el trabajo sexual. Por otra parte un trabajador sexual PVVs desde 2002, se realizó la prueba de ac. del VIH en agosto 2011 cuyo costo es de 500 pesos y 150 para revisión médica dando un resultado negativo al VIH, cabe señalar que está tomando tratamiento ARV desde el año 2010, se presentó la denuncia ante la comisión estatal de derechos humanos, expediente número CEDH/215/2011 fecha que aún no se le ha dado una resolución. También señala que se encuentran trabajando para que la CEDH derogue este requisito que es violatorio en el artículo primero de la constitución mexicana y en la norma técnica NOM-010-SSA2-2010.

**2. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH en 2011?**

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

**Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:**

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Las OSC participantes que respondieron esta pregunta plantean una serie de avances en la ejecución de los programas de prevención del VIH. Entre los principales avances se plantea la existencia de un plan nacional de respuesta a la epidemia del que se deriva la estrategia de prevención focalizada, el avance el diseño e implementación de acciones dirigidas a mujeres como la prevención de la transmisión vertical materno infantil, el incremento en programas de prevención dirigidos a población homosexual y usuarios de drogas inyectables a través del financiamiento público, el incremento en el presupuesto para proyectos de prevención realizados por las OSC, el seguimiento a la Declaración Política sobre el VIH/SIDA y la aprobación del proyecto Fondo Mundial. Abajo se reproducen los comentarios de las OSC:

Mayor trabajo con las estrategias de prevención focalizada (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).

Tener una estrategia focalizada. Incluir el tema de los derechos humanos, la cultura de la igualdad y la no discriminación. Considerar la homofobia social y la política discriminatoria como una forma de evitar el acceso a los servicios de salud. Identificar a los grupos vulnerados y las causas de la vulnerabilidad con relación al VIH /SIDA. Contar con un plan nacional que incluye instrumentos de medición, evaluación y monitoreo de resultados (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

La prevención focalizada y que se realiza trabajo de M&E con apoyo técnico de los departamentos de CENSIDA y COESIDA (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

Prevención: ampliar la cobertura, diversificar los enfoques e intensificarlos esfuerzos para poner fin a las nuevas infecciones por el VIH. 58. Reafirmamos que la prevención del VIH debe ser la piedra angular de las respuestas nacionales, regionales e internacionales a la epidemia del VIH; 59. Nos comprometemos a redoblar los esfuerzos de prevención del VIH adoptando todas las medidas posibles para aplicar enfoques de prevención amplios Y fundados en pruebas, que tengan en cuenta las circunstancias y los valores éticos y culturales locales, lo que incluye pero no se limita a las medidas siguientes: a) Organizar campañas de concienciación pública e impartir educación bien orientada sobre el VIH para sensibilizar al público sobre el virus; b) Aprovechar la energía de los jóvenes para que ayuden a liderar la campaña mundial de concienciación sobre el VIH; c) Reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable, lo cual incluye la abstinencia, la fidelidad y el uso sistemático y correcto de preservativos; d) Ampliar el acceso a artículos esenciales, particularmente condones masculinos y femeninos y equipo esterilizado para inyecciones; f) Ampliar considerablemente y promover la detección y el asesoramiento voluntarios y confidenciales en relación con el VIH, así como la detección y el asesoramiento por iniciativa del proveedor; g) Intensificar las campañas nacionales de promoción de las pruebas de detección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; h) Considerar, según proceda, la posibilidad de implementar y ampliar programas de reducción de riesgos y daños, teniendo en cuenta la Guía técnica de la Organización Mundial de la Salud, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, destinada a los países para la definición de objetivos nacionales de acceso universal a los programas de prevención de VIH y a servicios de tratamiento y atención para los consumidores de drogas inyectables (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

En el tema de mujeres generar las posibilidades para visibilizar el tema, así como el apoyo para en conjunto dar cabida a una mesa de trabajo. Un foro de Mujeres. Que las convocatorias incluyeran el tema de mujeres como parte fundamental de sus categorías. La licitación del Condón femenino. La prevención vertical (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.).

A nivel Nacional que se abren espacios de redes, deja de centralizarse la información, a nivel Estado seguimos en las mismas condiciones (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)

Incremento significativo en el tamizaje de mujeres embarazadas durante el control prenatal en la Secretaria de Salud; pero la implementación sigue siendo deficiente en la SSA y MUY deficiente en el IMSS y el ISSSTE. Incremento en programas de prevención dirigidos a hombres gay y usuarios de drogas con financiamiento del Fondo Mundial (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD A.C.).

Incremento de la sociedad civil en la respuesta al VIH/sida. Incremento en los recursos presupuestarios para financiar programas y proyectos. Apertura e involucramiento de la mayoría de las poblaciones mayormente afectadas. Acceso a insumos de prevención (condones, lubricantes y material IEC). Involucramiento y participación de las poblaciones mayormente afectadas (IRAPUATO VIVE, A.C.).  
La aprobación del proyecto auspiciado por el Fondo Mundial (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

#### COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS

Se han mantenido los programas de prevención focalizada que llevan a cabo las organizaciones de la sociedad civil; se logró el acceso al país del condón femenino; se logró implementar una campaña de prevención de la transmisión perinatal del VIH en espacios públicos; se ha mantenido en la currícula educativa información sobre la prevención del VIH.

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

##### COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.

Las OSC que respondieron esta pregunta coinciden en que hay una agenda pendiente en materia de prevención que incluye aspectos como la necesidad de ampliar las acciones de prevención focalizada, mejorar las acciones de detección oportuna y tratamiento de ITS así como de las acciones de prevención de la transmisión vertical, la necesidad de sensibilización y capacitación a personal de salud. Por otro lado, refieren la necesidad de una mayor articulación entre el gobierno y la sociedad civil y un mayor involucramiento de poblaciones clave. Plantean la importancia de implementar una política de educación sexual integral desde el sistema de educación pública involucrando a adolescentes y jóvenes y con la participación activa de actores sociales, y finalmente, señalan la necesidad de que los gobiernos locales se involucren más en la estrategia nacional a través de políticas y recursos. En seguida se reproducen los comentarios de las OSC:

La prevención focalizada sigue siendo deficiente. Insuficiencia de detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (que no sean VIH). Falta capacitación y sensibilización en no discriminación del personal médico. La prevención del VIH, no es abordada como una problemática de salud integral (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).

Detección oportuna para todas las poblaciones. Prevención de la transmisión vertical del VIH. Programas de prevención con poblaciones vulnerables diferenciados por género. Programas de prevención dirigidas a mujeres de la población general (amas de casa, mujeres jóvenes, mujeres víctimas de violencia). Implementación de la educación sexual dentro de las escuelas en todos los estados (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD A.C.).

Que ante estas políticas para ampliar la cobertura existen huecos por ejemplo en la capacitación del personal de salud que además le es difícil sensibilizarse ante esta problemática (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

Conocer más y mejor el comportamiento de la epidemia en México (y en cada región del país). Potencializar la participación de las poblaciones mayormente afectadas. Profesionalizar las estrategias comunitarias en la prevención del VIH/sida. Lograr el involucramientos de las y los adolescentes y jóvenes, en educación sexual y prevención. Adecuar los programas educativos para que los jóvenes accedan a una adecuada educación sexual. Capacitar y concientizar a los servidores de salud, educadores y padres de familia en la importancia de la prevención y educación sexual. Impulsar el trabajo de los COESIDAS Estatales. Articular y coordinar esfuerzos entre el sector gobierno y la sociedad civil (IRAPUATO VIVE, A.C.).

Los costos de los insumos condones masculinos y femeninos, lubricantes en las licitaciones son un obstáculo para que la Secretaría de Salud adquieran los insumos ya que los requerimientos de la Secretaría de Hacienda son muy técnicos y no operativos, actualmente es una tarea que tenemos que enfrentar entre todos los actores que conformamos la respuesta del sida (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

Que falta la inclusión de otras poblaciones vulnerables (jóvenes, mujeres, población indígena...) en estos programas (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

En que aun falta estrategia sobre prevención, campañas efectivas. La distribución del Condón Femenino. Esta estrategia debe ir acompañada de la sociedad civil (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.).

Que el Estado por fin se comprometiera, no solo de palabra y ingresara a los programas Nacionales para dar cumplimiento a los compromisos efectuados en esta materia, es hora de establecer una mejor vinculación para dar este acompañamiento (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)

Ampliar la cobertura y las intervenciones en todos los estados de la república (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO A.C.).

Que los estados consideren que debemos actuar como una respuesta nacional. Que los estados le pongan dinero a la lucha contra el sida. Que los estado cumplan el programa y aplique los recursos en condones. Que los

programas apliquen los recursos en materiales y campañas para los grupos vulnerados. Que los programas estatales promuevan la prueba de VIH (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

Existe un costo de oportunidad en cuanto a la inversión que realiza el país para adquirir el tratamiento antirretroviral y los recursos disponibles para prevención.

## V. TRATAMIENTO, ATENCIÓN Y APOYO

1. ¿Ha identificado el país los elementos esenciales necesarios en los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?

Sí

No

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, identifique brevemente los elementos y qué se ha priorizado:**

### COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.

En su mayoría las OSC señalan que los elementos necesarios en los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH que se han priorizado son: Acceso universal a tratamiento antirretroviral, atención médica gratuita, promoción y acceso a pruebas de detección y la capacitación al personal de salud para la atención integral a personas con VIH/SIDA. Abajo reproducimos sus comentarios específicos:

Acceso a medicamentos antirretrovirales, detección de VIH (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.).

Acceso Universal a Tratamiento, atención médica gratuita con dignidad, calidad y confidencialidad en el servicio (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.).

Entre los elementos se destaca: Medicamentos ARV. Análisis clínicos específicos para monitoreo y control de las personas con VIH/sida (Carga Viral y cuantificación CD4). Aplicación de pruebas para detectar otros patógenos (TB, VPC). Entre lo que se ha priorizado: Acceso universal a medicamentos ARV. Acceso a estudios clínicos para monitoreo y control (Carga Viral y CD4). Aplicación de pruebas de detección de anticuerpos en embarazadas (IRAPUATO VIVE, A.C.)

Acceso Universal a los antirretrovirales. Promoción y acceso a pruebas de detección de VIH (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

El seguro popular cubre los tratamientos de los ARV, falta trabajar para que cubra las enfermedades oportunistas (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

Capacitar al personal de salud para realizar consejería, detección y tratamiento de ITS. Capacitación al personal de salud especializado en atención de personas con VIH/SIDA ITS, y de TB-SIDA. Desarrollar los instrumentos que garanticen que personal de salud esté capacitado en el abordaje de las ITS. Otorgar la atención integral a las personas con VIH/SIDA e ITS. Negociar la reducción del costo promedio de tratamiento ARV. Mejorar la vinculación hospitalaria para la atención de personas con VIH. Capacitar y promover la certificación de personal de salud en materia de atención de la persona con VIH. Promover la acreditación de los servicios de atención en VIH/SIDA. Actualizar la Guía Nacional de Manejo de la persona en terapia ARV. Elaborar la Guía de detección y monitoreo de personas con VIH. Difundir y vigilar el cumplimiento de las normas, guías y lineamientos en atención del VIH/SIDA e ITS. Actualizar y difundir las Guías para la atención de TB-SIDA. Conformar el Registro Nacional de Personas con SIDA en Tratamiento. Promover el cumplimiento del marco normativo en materia de VIH e ITS en la legislación federal. Promover y difundir el cumplimiento del derecho a la salud desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos y del derecho a la no discriminación de las personas con VIH, y las que pertenecen a las poblaciones clave. Promover de derechos fundamentales para personas con VIH. Promover servicios de asesoría en materia de estigma, discriminación, homofobia y violación de los derechos humanos de personas con VIH. Capacitar al personal de salud especializado en atención de personas con VIH/SIDA en competencias, habilidades y conocimientos sobre derechos humanos, estigma, discriminación, violaciones a los derechos fundamentales y homofobia. Promover la participación efectiva de los integrantes del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. Fortalecer los Consejos Estatales de SIDA. Facilitar la competencia técnica para ONG's con trabajo en VIH/SIDA. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 En respuesta al VIH/SIDA e ITS. (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO, A.C.).

Se ha priorizado en las poblaciones clave para prevención (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

Se han identificado las acciones de atención y tratamiento de acuerdo a la información epidemiológica, sin embargo, no se ha hecho un análisis de género con base en la información que permita tener disponibles servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para las personas con VIH (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD A.C.)

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

Garantizar el acceso universal al tratamiento antirretroviral; mejorar la vinculación entre los servicios de VIH y los de salud sexual y reproductiva; reforzar las sinergias entre los tratamientos de TB y VIH; esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios en los centros especializados de atención del VIH, y mejoramiento de los mecanismos de distribución del tratamiento antirretroviral.

*Identifique brevemente cómo los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH se están ampliando:*

**COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Las organizaciones que respondieron esta pregunta plantean que los CAPACITS son espacios importantes para incrementar el acceso a los servicios de salud relacionados con el VIH/SIDA, también plantean el incremento a los insumos de prevención y la promoción de la prueba de detección del VIH. En seguida reproducimos los comentarios íntegros de las OSC:

Gracias, a los CAPASITS se realizan mayores aportaciones y elementos para que los PVVS tengan más fácil acceso a los servicios de salud (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

En nuestro Estado con CAPASITS el elefante blanco que le falta crecer pero ya existe (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)

Las personas tienen acceso a tratamiento y atención gratuita para VIH/sida. Se cuenta con acceso a insumos de prevención (condones masculinos). Se promueve y aplica la prueba de detección de VIH. Se realizan estudios clínicos específicos para el monitoreo y control del VIH/sida (cada 3 meses) (IRAPUATO VIVE, A.C.).

Atención a enfermedades oportunistas (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

Considero que no puedo contestar esta pregunta en los dos polos ya que parece que México si ha identificado los elementos esenciales en los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH aunque existe un desabasto en varios estados de la republica, para brindar los tratamientos, lo espaciado de sus atenciones y en ocasiona que las PVVIH perciban que no tienen el apoyo para su Infección y no continúan con sus seguimiento (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

A través del incremento en el número de centros atención especializada y el mejoramiento de los servicios que prestan.

**1.1 ¿En qué grado se han puesto en marcha los siguientes servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH?**

Servicios de tratamiento, atención y apoyo del VIH	La mayoría de las personas necesitadas disponen de acceso a ...				
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/C
<i>Terapia antirretrovírica</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Terapia antirretrovírica para los pacientes de tuberculosis</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Profilaxis con cotrimoxazol en personas que viven con el VIH</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>Diagnóstico infantil precoz</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>Atención y apoyo relacionados con el VIH en el lugar de trabajo (incluidos acuerdos de trabajo alternativos)</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>Asesoramiento y pruebas del VIH a las personas con tuberculosis</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Servicios de tratamiento del VIH en el lugar de trabajo o sistemas de derivación para tratamiento a través del lugar de trabajo</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>Atención nutricional</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>Tratamiento pediátrico del sida</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Provisión a las mujeres de terapia antirretrovírica tras el parto</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Profilaxis posterior a la exposición para una exposición no ocupacional (p.ej. agresión sexual)</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Profilaxis posterior a la exposición para una exposición ocupacional del VIH</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Apoyo psicosocial para las personas que viven con el VIH y para sus familias</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>Gestión de la infección transmitida por vía sexual</i>	1 X	2	3	4	N/C
<i>Control de la infección de tuberculosis y tratamiento del VIH en centros sanitarios</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Terapia preventiva de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH</i>	1	2 X	3	4	N/C
<i>Realización de pruebas de la tuberculosis a las personas que viven con el VIH</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Tratamiento de las infecciones comunes relacionadas con el VIH</i>	1	2	3 X	4	N/C
<i>Otro (especificar):</i>	1	2	3	4	N/C X

**1.2 En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos llevados a cabo en la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2011?**

Muy deficiente								Excelente		
0	1	2	3	4	5	6	7 X	8	9	10
<b>Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</b>										
<b>COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.</b>										
<p>Las OSC participantes plantean una serie de avances en materia de implementación de programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. Entre los principales progresos destaca el esfuerzo por lograr la cobertura universal de medicamentos ARV a través del Seguro Popular para llegar a la población que carece de un sistemas de seguridad social, la inclusión de nuevos medicamentos en los esquemas de tratamiento ARV, el incremento en el número de CAPACITS y el papel que están teniendo estos centros como enlace con las instituciones de salud, los avances en las políticas de prevención y atención dirigidas a mujeres y la aprobación del Proyecto Fondo Mundial. En seguida se reproducen los comentarios de las OSC:</p> <p>Intentar lograr la cobertura nacional de medicamentos. Abrir los CAPASITS, .establecer por protocolo las cargas virales y el conteo de CD4. Establecer una guía de manejo del paciente y del tratamiento. Tener doctores, psicólogas y más para esta población. Tener instalaciones dignas (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).</p> <p>La cobertura Universal para tratamiento ARV junto con los controles de CD4/CD8 y carga Viral (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).</p> <p>Se ha logrado, prácticamente la cobertura universal, para los nuevos casos detectados VIH positivos, por parte del sector salud para las personas que no cuentan con derechohabiencia institucional. Se realizan estudios de monitoreo y control de forma regular y permanente. Se tiene acceso s insumos de prevención (condones). Se brinda asesoría y apoyo nutricional y psicológico. Se realizan pruebas para la detección de TB (IRAPUATO VIVE, A.C.).</p> <p>Inclusión de atripla dentro de los esquemas de tratamiento antirretroviral. Apertura de nuevos CAPASITS (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).</p> <p>A nivel Estado muy pocos, seguimos en la lucha se logró CAPASITS, ahora falta que deje de ser solo un elefante blanco y tenga las adecuaciones necesarias para un servicios de calidad (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)</p> <p>En materia de mujeres y VIH el promover la prueba a mujeres embarazadas y darle seguimiento y atención a los casos positivos. A nivel nacional el que se tenga un mejor control administrativo sobre el número de pacientes a los que se da tratamiento ARV. Los enlaces entre los CAPACITS y la Secretaria de Salud estatales para brindar atención y seguimiento a las personas que viven con VIH (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.).</p> <p>Considero que un logro importante son los proyectos para trabajar la prevención en poblaciones clave pero la ejecución sigue limitada por apoyos financieros que sesga la implementación aunque el programa pudiera ser idóneo (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).</p> <p>El proyecto del Fondo Mundial (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).</p>										
<b>COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS</b>										
<p>Mantener la política de acceso universal para terapia antirretroviral. Creación de centros de atención especializada de atención ambulatoria al VIH y sida en las principales ciudad del país. Actualización y revisión de la Norma Oficial Mexicana (NOM-010-SSA2-1993) para la Prevención y Control de la Infección por el VIH Capacitación a centros de atención para la eliminación de la discriminación y la homofobia.</p>										
<b>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</b>										
<b>COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.</b>										
<p>Las OSC coinciden en colocar temas comunes en la agenda pendiente en materia de implementación de programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, entre los que destacan el mejoramiento de la atención a las personas con VIH por parte de personal médico capacitado y sensibilizado para eliminar la reproducción del estigma, discriminación y violación a los derechos de las personas que viven con VIH, la necesidad de garantizar el acceso universal a todas las personas que lo requieran así como cuidar el abasto de medicamentos en las instituciones de salud a través de una mejor coordinación interinstitucional, incrementar la oferta de servicios especializados y la cobertura de servicios de atención por parte del seguro popular,</p>										

incorporar la perspectiva de género en los programas de prevención para evitar la reproducción de roles y estereotipos de género y desarrollar acciones específicas para poblaciones clave. Los comentarios íntegros de las organizaciones se reproducen en seguida:

Asegurar el acceso universal para todas las personas. Incrementar las acciones que garantizan la adherencia a tratamiento. Fortalecer los servicios de atención integral para las personas con VIH/sida. Desarrollar programas específicos para poblaciones clave: HSH y personas del trabajo comercial. Sensibilizar y concientizar al personal médico, sobre la importancia de la prestación de servicios libres de estigma y discriminación. Incrementar la capacitación de prestadores de servicios de salud (IRAPUATO VIVE, A.C.).

Sensibilizar a la secretaria de Salud que es una prioridad así como el cáncer en la mujer, dejando de lado las valoraciones personales que no permiten que las campañas sean un hecho, dejando de lado las recomendaciones nacionales (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)

Servicios libres de estigma y discriminación. Aumentar la oferta de servicios especializados para las poblaciones (ej. Servicios de endocrinología para la población trans) (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.)

Que el personal de los servicios de salud no sea un promotor del estigma, la discriminación, la violencia de género y la homofobia. Lograr que estas instituciones promuevan la cultura del VIH para llevar al VIH a una enfermedad crónica degenerativa. Lograr grupos de autoayuda considerando sus diferencias de género. Evitar la violencia institucional. La zona rural por cuestiones de inseguridad, se está estableciendo la telemedicina en nuestro estado Nuevo León para poder llegar a esta población de PVVS (ACCIÓN COLECTIVA POR LOS DERECHOS DE LAS MINORÍAS SEXUALES, A.C.).

Problemas de desabasto de ARV, principalmente en la seguridad social. Uso nacional de las guías de tratamiento. Penalización y sanciones administrativas a los médicos que no se ciñan a las Guías. Tratamiento de Infecciones oportunistas; gratuidad de los medicamentos. Profilaxis postexposición, con énfasis en las personas que han sido violentadas sexualmente. Uso de efavirenz en mujeres edad reproductiva sin un método de anticoncepción adecuado. Diagnóstico de niños expuestos al VIH con PCR (diagnóstico temprano). Acceso a PREP en todas las unidades médicas (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD A.C.). Falta llegar a otras poblaciones vulnerables (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).

Canalización y seguimiento a casos a OSC o bien al gobierno del estado (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).

Una mejor coordinación entre hospitales y CAPSITIS para la atención hospitalaria y en especial para el parto de personas que viven con VIH. El alcanzar servicios integrales y de calidad. Mejorar la respuesta de atención a las personas con VIH quienes pueden recibir servicios en múltiples ventanillas. Que el seguro popular contemple el tratamiento de las enfermedades oportunistas así como los gastos de laboratorio para el seguimiento del tratamiento de ARV (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.).

Así también considero por ejemplo que la promoción del uso del preservativo ha sido preponderante pero no se enlaza a talleres de su uso correcto y obviamente la promoción solo es del condón masculino donde se sigue empoderando al hombre y la mujer no visualiza que ella tiene también el derecho a protegerse y negociar el uso del condón a través del femenino (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).

#### COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS

Fortalecer la oferta de pruebas de detección. Mejorar los mecanismos de entrega y abastecimiento de ARV en todo el país. Mejorar el sistema de MyE en el ámbito nacional y la unificación de los sistemas de información. Estandarizar la calidad de los diferentes servicios de atención.

**2. ¿Tiene el país una política o estrategia para abordar las necesidades adicionales relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables?**

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

**2.1 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿existe una definición operativa de "huérfano" y "niño vulnerables"?**

Sí	No
----	----

**2.2 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿tiene el país un plan de acción nacional específico para los huérfanos y otros niños vulnerables?**

Sí	No
----	----

**2.3 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿tiene el país una estimación de los huérfanos y niños vulnerables a los que llegan las intervenciones existentes?**

Sí	No
----	----

**2.4 SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿a qué porcentaje de huérfanos y niños vulnerables se está llegando? (especificar)**

%
---

**3. En general, en una escala de 0 a 10 (donde 0 es “muy deficiente” y 10 es “excelente”), ¿cómo calificaría los esfuerzos en la implementación de los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2011?**

Muy deficiente							Excelente			
0	1	2	3	4	5	6	7 X	8	9	10
<b>Desde 2009, ¿cuáles han sido los principales logros alcanzados en este campo?:</b>										
<b>COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.</b>										
Como complemento a la pregunta 1.2 de este capítulo, las OSC refieren logros en materia de implementación de programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH entre los que destacan el esfuerzo por garantizar la continuidad en el acceso universal a través del Seguro Popular, el aumento en el número y tipo de servicios para la atención integral de las personas que viven con VIH, el fortalecimiento de los CAPACITS, los esfuerzos por capacitar y sensibilizar al personal de salud y la realización de campañas focalizadas para evitar la discriminación y homofobia. Abajo reproducimos sus comentarios:										
Mayor calidad de atención a nivel Estado y un poco de mayor cobertura en tratamientos (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)										
Se ha impulsado y fortalecido el trabajo de los CAPACITS. Inscripto a las personas con VIH/sida, que no cuentan con derechohabencia institucional a programa de seguro popular. Se ha incrementado el número de servicios para la atención integral de las personas con VIH. Se ha buscado que la atención de las personas con VIH, sean integrales (IRAPUATO VIVE, A.C.).										
Implementación de algunos programas de sensibilización al personal de salud. La continuidad del acceso universal (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C.).										
El fortalecimiento de los Centro Ambulatorio para Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO, A.C.).										
Nuevamente considero que los esfuerzos son loables en las poblaciones clave para los programas de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para el 2011 (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).										
Se tiene un programa que está dando una respuesta nacional a los PVV's . En especial sus área más fortalecidas, con algunos puntos en contra, son el tratamiento y la atención. En materia de apoyo creo que no se ha logrado grandes avances, apoyar no es un grupo de auto ayuda es la abogacía, la defensa, seguimiento de casos, procuración de justicia, la solución de los problemas y la reinserción en la sociedad (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).										
El proyecto del Fondo Mundial (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).										
Reconocemos como acciones eficaces las campañas “focalizadas” hacia grupos específicos de población ya que permiten la definición de estrategias particulares que toman en cuenta las características específicas de estos grupos. El Programa Nacional de Salud señala la importancia de estrategias enfocadas hacia grupos “con más altas prácticas de riesgo y vulnerabilidad”, priorizando con ello a: hombres que tienen sexo con otros hombres, las y los trabajadores del sexo comercial, los usuarios de drogas inyectables y las poblaciones móviles. En ese sentido, consideramos profundamente transformadoras las campañas para evitar la discriminación tanto de las personas que viven con VIH-SIDA como de la homofobia llevadas a cabo por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del Sida –CENSIDA– de la Secretaría de Salud, en coordinación con el Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación -CONAPRED– en los medios de comunicación (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.).										

<b>COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS</b>
Mantener la política de acceso universal al tratamiento para todas las personas que lo requieran es sin duda uno de los principales logros con los que se cuentan en materia de atención a las personas viviendo con VIH. Aunado a que México cuenta con centros de atención especializada en todos los Estados del país, que cuentan con diversos servicios de atención.
<b>¿Cuáles son los problemas que quedan por resolver en este campo?:</b>
<b>COMENTARIOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.</b>
<p>Los principales retos que plantean las OSC en esta materia están asociados a la garantía en el abasto de medicamentos en las instituciones de salud, el fortalecimiento a las acciones de tratamiento y atención integral basadas en principios de igualdad, perspectiva de género, no discriminación y derechos humanos, incrementar los programas de capacitación y sensibilización al personal de salud y a quienes gestionan la atención en los CAPASITS, diseñar acciones para atender otras poblaciones que perciben los impactos de la epidemia como los servicios de atención a huérfanos del VIH y las víctimas de violencia física y sexual, incrementar acciones dirigidas a mujeres y niñas e incrementar la cobertura del Seguro Popular de acuerdo a las necesidades de la población. En seguida se reproducen íntegramente los comentarios de las OSC que respondieron esta pregunta:</p> <p>Existe desabasto de medicamentos en algunas entidades. Falta avanzar en la detección oportuna. Ciertas poblaciones presentan problemas para acceder al tratamiento (ej. UDIS). Falta de actualización o capacitación del personal médico en la forma de asignar el esquema adecuado (POPULATION SERVICES INTERNATIONAL PSI, A.C). Problemas de desabasto de ARV, principalmente en la seguridad social. Uso nacional de las guías de tratamiento. Penalización y sanciones administrativas a los médicos que no se ciñan a las Guías. Tratamiento de Infecciones oportunistas; gratuidad de los medicamentos. Profilaxis post exposición, con énfasis en las personas que han sido violentadas sexualmente. Uso de efavirenz en mujeres edad reproductiva sin un método de anticoncepción adecuado. Diagnóstico de niños expuestos al VIH con PCR (diagnóstico temprano). Acceso a PREP en todas las unidades médicas (BALANCE PROMOCIÓN PARA EL DESARROLLO Y JUVENTUD A.C.).</p> <p>Asegurar el acceso universal a toda persona VIH positiva. Complementar los servicios de atención en el marco de ser integrales. Realizar programas de prevención para personas con VIH. Llevar a cabo acciones para que las personas con VIH se integren a los servicios de salud mental y nutrición. Asegurar que el personal de atención sea el personal idóneo. Incrementar las acciones de capacitación y desarrollo del personal de salud especializado. Estandarizar el nivel de calidad de cada uno de los CAPASITS del país. Asegurar, con un máximo de calidad, la operatividad de los CAPASITS. Promover la participación de los usuarios de los servicios para la evaluación y el monitoreo de los servicios. Difundir y promover los derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios y del personal de los CAPASITS (IRAPUATO VIVE, A.C.).</p> <p>Fortalecer y vigilar los compromisos con los PVV's en materia de los tratamientos y la atención. Que cumplan con líneas de acción: La cultura de la igualdad, los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos, el género. Y comprometer al estado y a las OSC en la complementar los servicios a los huérfanos del VIH, a las víctimas de la violencia física y sexual, a los que perdieron su derecho al trabajo (EUX ARTE Y SIDA, A.C.).</p> <p>La falta de programas de capacitación sistemática para personal de los CAPASITS y demás instancias de salud en materia de VIH, y la falta de presupuesto para el fortalecimiento de los programas y servicios públicos de atención continuar capacitando al personal de salud, y seguir fortaleciendo (ACCIONES VOLUNTARIAS SOBRE EDUCACIÓN EN MÉXICO, A.C.).</p> <p>Básicamente la falta de sensibilización del personal que trabaja con personas que viven con VIH que muchas veces discriminan (FUNDACIÓN CASA ALIANZA MÉXICO I.A.P.).</p> <p>Contar con más médicos especializados, campañas reales de prevención, ser un estado de derecho no un estado con un solo derecho y este sea el de la Iglesia (COMUNIDAD METROPOLITANA A.C.)</p> <p>Falta llegar a otras poblaciones vulnerables (DEMOCRACIA Y SEXUALIDAD, A.C.).</p> <p>Sin embargo sin dejar de reconocer los aciertos y avances en la respuesta gubernamental, consideramos que se diluye ante las recomendaciones de Mundiales que promueven abordar los desproporcionados efectos del VIH/SIDA sobre las mujeres y las niñas, prevenir nuevas infecciones con el VIH entre mujeres y niñas, promover el acceso en condiciones de igualdad a la atención y el tratamiento de las infectadas con el VIH, acelerar la investigación sobre microbicidas, proteger los derechos de propiedad y herencia de las mujeres y reducir la violencia por motivos de género. En el tema de salud y como respuesta a las personas que no cuentan con seguridad social se implemento el Programa Seguro Popular cuyo financiamiento principal es un subsidio y recursos fiscales federales asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación; el Estado no solo tiene que asumir este gasto sino ampliar el subsidio en porcentaje para garantizar así las metas y cobertura del Seguro</p>

Popular, de acuerdo a las necesidades requeridas de la población (SALUD INTEGRAL PARA LA MUJER, A.C.).

**COMENTARIOS DEL SISTEMA NACIONES UNIDAS**

Garantizar la sostenibilidad de la política de Acceso Universal al tratamiento. Estandarizar la calidad de la atención en los servicios en todo el país. Mejorar los mecanismos de entrega y distribución de los medicamentos en los estados. Mejorar el acceso a medicamentos para enfermedades oportunistas y a servicios de apoyo.



## INFORME NACIONAL DE PROGRESOS EN SIDA MÉXICO, 2012

### ANEXO IV

#### Indicadores OPS/OMS

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)

Marzo, 2012

MONITOREO DE LA INICIATIVA DE ELIMINACIÓN: ATENCIÓN PRENATAL, VIH Y SÍFILIS EN EMBARAZADAS.															
2012 Data collection															
Por favor complete con datos del 2011 o el último año disponible. La información solicitada se refiere al territorio nacional, si está reportando datos subnacionales, por favor indíquelo.															
<p><b>FECHA</b></p> <p>1.a <input style="width: 100%;" type="text" value="16/04/2012"/></p> <p><b>PERSONA DE CONTACTO</b></p> <p>1.c <input style="width: 100%;" type="text" value="Héctor Sucilla"/></p>	<p><b>PAÍS</b></p> <p>1.b <input style="width: 100%;" type="text" value="México"/></p> <p><b>CORREO ELECTRÓNICO</b></p> <p>1.d <input style="width: 100%;" type="text" value="qbsucilla@gmail.com"/></p>														
Por favor complete con datos del 2011 o del último año disponible															
<p>2.a <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Porcentaje de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">82.3%</td> </tr> </table></p> <p>2.a.1 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">1487924</td> </tr> </table></p> <p>2.a.2 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Denominador: Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">1807955</td> </tr> </table></p>	Porcentaje de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis	82.3%	Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis	1487924	Denominador: Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses	1807955	<p>2.a <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Año de los datos</td> <td style="text-align: center;">2011</td> </tr> </table></p>	Año de los datos	2011	<p>2.a <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Fuente de los datos: Servicios de salud públicos o privados</td> <td style="text-align: center;">public</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Alcance de los datos (e.j.: Nacional/ subnacional/hospital de referencia...)</td> <td style="text-align: center;">Nacional</td> </tr> </table></p>		Fuente de los datos: Servicios de salud públicos o privados	public	Alcance de los datos (e.j.: Nacional/ subnacional/hospital de referencia...)	Nacional
Porcentaje de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis	82.3%														
Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis	1487924														
Denominador: Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses	1807955														
Año de los datos	2011														
Fuente de los datos: Servicios de salud públicos o privados	public														
Alcance de los datos (e.j.: Nacional/ subnacional/hospital de referencia...)	Nacional														
<p>2.b <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Porcentaje de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis ANTES de las 20 semanas de edad gestacional</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">#¡DIV/0!</td> </tr> </table></p> <p>2.b.1 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Numerador: número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis ANTES de las 20 semanas de edad gestacional</td> <td></td> </tr> </table></p> <p>2.b.2 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Denominador: Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses</td> <td></td> </tr> </table></p>	Porcentaje de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis ANTES de las 20 semanas de edad gestacional	#¡DIV/0!	Numerador: número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis ANTES de las 20 semanas de edad gestacional		Denominador: Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses		<p>2.b <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Año de los datos</td> <td></td> </tr> </table></p>	Año de los datos		<p>2.b <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Fuente de los datos: Servicios de salud públicos o privados</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Alcance de los datos (e.j.: Nacional/ subnacional/hospital de referencia...)</td> <td></td> </tr> </table></p>		Fuente de los datos: Servicios de salud públicos o privados		Alcance de los datos (e.j.: Nacional/ subnacional/hospital de referencia...)	
Porcentaje de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis ANTES de las 20 semanas de edad gestacional	#¡DIV/0!														
Numerador: número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses que fueron testadas para sífilis ANTES de las 20 semanas de edad gestacional															
Denominador: Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal en los últimos 12 meses															
Año de los datos															
Fuente de los datos: Servicios de salud públicos o privados															
Alcance de los datos (e.j.: Nacional/ subnacional/hospital de referencia...)															
<p>2.c <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Porcentaje (%) de embarazadas con serología positiva para sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados para sífilis</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">#¡DIV/0!</td> </tr> </table></p> <p>2.c.1 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Numerador: Número de embarazadas con serología positiva para sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados para sífilis</td> <td></td> </tr> </table></p> <p>2.c.2 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Denominador: Número de embarazadas con serología positiva para sífilis</td> <td></td> </tr> </table></p>	Porcentaje (%) de embarazadas con serología positiva para sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados para sífilis	#¡DIV/0!	Numerador: Número de embarazadas con serología positiva para sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados para sífilis		Denominador: Número de embarazadas con serología positiva para sífilis		<p>2.b <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Año de los datos</td> <td></td> </tr> </table></p>	Año de los datos		<p>2.c <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Fuente de los datos: Servicios de salud públicos o privados</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Alcance de los datos (e.j.: Nacional/ subnacional/hospital de referencia...)</td> <td></td> </tr> </table></p>		Fuente de los datos: Servicios de salud públicos o privados		Alcance de los datos (e.j.: Nacional/ subnacional/hospital de referencia...)	
Porcentaje (%) de embarazadas con serología positiva para sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados para sífilis	#¡DIV/0!														
Numerador: Número de embarazadas con serología positiva para sífilis cuyos contactos sexuales fueron identificados y tratados para sífilis															
Denominador: Número de embarazadas con serología positiva para sífilis															
Año de los datos															
Fuente de los datos: Servicios de salud públicos o privados															
Alcance de los datos (e.j.: Nacional/ subnacional/hospital de referencia...)															
<p>3.a <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">PREVALENCIA (%) DE VIH EN EMBARAZADAS. Todas las edades:</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Prevalencia de VIH en embarazadas &lt;=24 AÑOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Prevalencia de VIH en embarazadas &gt;24 AÑOS</td> <td></td> </tr> </table></p>	PREVALENCIA (%) DE VIH EN EMBARAZADAS. Todas las edades:		Prevalencia de VIH en embarazadas <=24 AÑOS		Prevalencia de VIH en embarazadas >24 AÑOS		<p>3.b <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Año de los datos</td> <td></td> </tr> </table></p>	Año de los datos		<p>3.c <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Fuente y alcance/cobertura de los datos (Nacional/ subnacional/hospital de referencia...)</td> <td></td> </tr> </table></p>		Fuente y alcance/cobertura de los datos (Nacional/ subnacional/hospital de referencia...)			
PREVALENCIA (%) DE VIH EN EMBARAZADAS. Todas las edades:															
Prevalencia de VIH en embarazadas <=24 AÑOS															
Prevalencia de VIH en embarazadas >24 AÑOS															
Año de los datos															
Fuente y alcance/cobertura de los datos (Nacional/ subnacional/hospital de referencia...)															
NIÑOS < 12 meses EXPUESTOS al VIH Y SUS RESULTADOS															
<p>4.a <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Número de niños &lt; 12 meses nacidos de mujeres VIH positivas (niños &lt; 12 meses EXPUESTOS al VIH) nacidos en 2010</td> <td></td> </tr> </table></p>	Número de niños < 12 meses nacidos de mujeres VIH positivas (niños < 12 meses EXPUESTOS al VIH) nacidos en 2010		<p>4.b <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Número de niños &lt; 12 meses nacidos de mujeres VIH positivas en 2010 que son diagnosticados POSITIVOS para VIH</td> <td></td> </tr> </table></p>	Número de niños < 12 meses nacidos de mujeres VIH positivas en 2010 que son diagnosticados POSITIVOS para VIH		<p>4.c <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Fuente de los datos: Servicios de salud públicos o privados</td> <td></td> </tr> </table></p>		Fuente de los datos: Servicios de salud públicos o privados							
Número de niños < 12 meses nacidos de mujeres VIH positivas (niños < 12 meses EXPUESTOS al VIH) nacidos en 2010															
Número de niños < 12 meses nacidos de mujeres VIH positivas en 2010 que son diagnosticados POSITIVOS para VIH															
Fuente de los datos: Servicios de salud públicos o privados															
<p>4.d <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Número de niños &lt; 12 meses nacidos de mujeres VIH positivas en 2010, clasificados como INDETERMINADOS (es decir: PÉRDIDAS AL SEGUIMIENTO, FALLECIMIENTOS, antes de tener un diagnóstico definitivo, RESULTADOS INDETERMINADOS, ...)</td> <td></td> </tr> </table></p>	Número de niños < 12 meses nacidos de mujeres VIH positivas en 2010, clasificados como INDETERMINADOS (es decir: PÉRDIDAS AL SEGUIMIENTO, FALLECIMIENTOS, antes de tener un diagnóstico definitivo, RESULTADOS INDETERMINADOS, ...)		<p>4.d <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">Número de niños &lt; 12 meses nacidos de mujeres VIH positivas en 2010 que son diagnosticados NEGATIVOS para VIH</td> <td></td> </tr> </table></p>	Número de niños < 12 meses nacidos de mujeres VIH positivas en 2010 que son diagnosticados NEGATIVOS para VIH											
Número de niños < 12 meses nacidos de mujeres VIH positivas en 2010, clasificados como INDETERMINADOS (es decir: PÉRDIDAS AL SEGUIMIENTO, FALLECIMIENTOS, antes de tener un diagnóstico definitivo, RESULTADOS INDETERMINADOS, ...)															
Número de niños < 12 meses nacidos de mujeres VIH positivas en 2010 que son diagnosticados NEGATIVOS para VIH															
6. ¿Dispone su país de															
	SÍ/NO														
6.a UN plan estratégico nacional integrado para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita?	yes														
6.b un plan de implementación de la Iniciativa de Eliminación?	yes														
6.c guías y protocolos actualizados que integran PTMI y sífilis?	yes														
6.d un punto focal designado (persona o entidad) para la Iniciativa de Eliminación?	yes														
6.e un plan de M&E para la Iniciativa de Eliminación?	yes														
6.f una línea de base para la Iniciativa de Eliminación? (Por favor comparta una copia de la línea de base si no se ha enviado todavía a OPS)	yes														
6.g Notificación obligatoria, para propósitos de vigilancia, de casos de sífilis en mujeres embarazadas?	yes														
		6.c.1	Fecha de revisión más reciente	2011											

7.a. Por favor describa los principales logros alcanzados en 2010 en su país en relación a la Iniciativa de Eliminación

1. Cobertura de detección de sífilis embarazadas 2011: 82.3%.  
2. Cobertura de detección de VIH embarazadas 2010: 50.8%.

7.b. Por favor describa las principales actividades planificadas para 2011 en su país en relación a la Iniciativa de Eliminación

Desarrollo del Plan de Acción para la eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita (2010-2011) que plantea la oferta sistemática de pruebas de detección y acceso oportuno a tratamiento integral para la mujer, su hijo y su pareja, con el cual se busca la universalización de las pruebas de detección de VIH y de sífilis a mujeres embarazadas para brindar tratamiento y evitar la transmisión a los futuros recién nacidos.

Por favor complete con datos de CASOS de SÍFILIS CONGÉNITA notificados en su país. Se solicitan datos del año 2010 (si no hay datos del 2010, los últimos datos disponibles).

**SÍFILIS CONGÉNITA NOTIFICADA EN 2010**

		AÑO
8. CASOS TOTALES DE SÍFILIS CONGÉNITA	62	2010

9. COMENTARIOS

¿Pueden compartir la definición nacional de caso de sífilis congénita? Por favor, enviar a [alonsomon@paho.org](mailto:alonsomon@paho.org)

**CASOS DE SIDA NOTIFICADOS EN 2010 POR GRUPO ETARIO Y SEXO**

NÚMERO TOTAL DE NUEVOS CASOS DE SIDA			
	HOMBRES	MUJERES	DESCONOCIDO
0-4	38	23	
5-9	10	12	
10-14	5	9	
15-19	105	51	
20-24	506	141	
25-29	863	189	
30-34	886	186	
35-39	736	145	
40-44	614	144	
45-49	366	96	
50-54	265	53	
55-59	140	44	
>60	151	34	
AGE UNKN			
OWN			
Total	4685	1127	

**CASOS DE VIH NOTIFICADOS EN 2010 POR GRUPO ETARIO Y SEXO**

NÚMERO TOTAL DE NUEVOS CASOS DE VIH			
	HOMBRES	MUJERES	DESCONOCIDO
0-4	14	7	
5-9	5	8	
10-14	3	6	
15-19	151	79	
20-24	628	210	
25-29	659	184	
30-34	563	163	
35-39	382	139	
40-44	268	68	
45-49	171	75	
50-54	94	35	
55-59	53	17	
>60	57	21	
AGE UNKN	1	0	
OWN			
Total	3049	1012	