

Secretaría de Salud

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida
(Censida)

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

México 2015

Periodo reportado: Enero-Diciembre 2014

Fecha del informe: abril 2015

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

**LISTA DE AGRADECIMIENTOS A PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN
DEL INFORME 2015**

GOBIERNO FEDERAL

NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN
Dra. Patricia Uribe Zúñiga	Directora General	Censida
Dr. Francisco Javier Posadas Robledo	Director de Investigación Operativa	Censida
Dr. Carlos Magis Rodríguez	Director de Atención Integral	Censida
Mtro. Agustín López González	Director de Prevención y Participación Social	Censida
Mtra. María del Pilar Rivera Reyes	Subdirectora de Monitoreo de Indicadores/ Dirección de Investigación Operativa y Coordinadora Técnica para la Elaboración de Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida 2015	Censida
Lic. Raúl Ortiz Mondragón	Apoyo técnico para indicadores del Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida 2015	Censida
Lic. Georgina Esquivel García	Apoyo técnico para indicadores del informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida	Censida

	2015	
Lic. María de la Luz Ricarda Ortiz Ruiz	Apoyo técnico para indicadores del informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida 2015	Censida
Dra. Elia Loo Méndez	Apoyo técnico para indicadores del informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida 2015	Censida
Lic. Juan René Hernández Rodríguez Juárez	Subdirector de Investigación de Modelaje	Censida
Dr. Eddie Antonio León Juárez	Médico Infectólogo	Censida
Mtra. Adriana Villafuerte García	Jefa del depto. De Programas Estatales	Censida
Dra. Carmen Varela Trejo	Médico Especialista " B "	Censida
Dra. Genoveva Pérez Guevara	Médico	Censida
Dr. José Antonio González Anaya	Director General	Imss
Lic. Ángel Campos Hernández	Titular de la División de Información en Salud	Imss

Lic. Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias.	Director General	Issste
Dr. Mario Jáuregui Chiu.	Jefe del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de la Subdirección Médica	Issste
Mtro. Emilio Lozoya Austin	Director General	Pemex
Dr. Carlos Nava Esquivel	Gerente de Prevención Médica en la Subdirección de Servicios de Salud	Pemex
Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda	Secretario de la Defensa Nacional	Sedena
Cap. 1ero. De SND Aurelio García Ayala	Jefe del Grupo de Programa Integral de Prevención y Control de del VIH/Sida	Sedena
Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz	Secretario de Marina y Armada de México	Semar
Teniente SSN. MSM Ninive del Carmen Toto Marín	Jefe del Departamento de Epidemiología	Semar

PROGRAMAS ESTATALES PARA EL VIH Y EL SIDA E ITS

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

NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN
Dr. Juan Manuel García Díaz	Jefa de Departamento	Programa de Prevención y Control del SIDA e ITS de Sinaloa
Dra. Andrea González Rodríguez	Coordinador del Programa de Reducción de Daños	Programa de VIH/Sida de la Ciudad de México
Dr. Omar Alejandro Valencia Torres	Coordinador	Programa de VIH/ITS de Baja California
Dr. Luis Antonio Sánchez López	Secretario Técnico	COESIDA Nuevo León
Dr. Sergio Armando Salazar Arriola	Subdirector	Programa Estatal de Respuesta al VIH/SIDA /ITS de Sonora
Dr. Gerardo Del Valle de Valle	Coordinador	Programa Estatal de VIH/ITS Coah.
Lic. Krissel García Hernández	Responsable	Programa Estatal de SIDA /ITS Chih.
Dr. Alejandro Cortéz Calderón	Coordinador	Programa Estatal de VIH/ITS Tamps.

Dr.Ezequiel Reyes Durán	Coordinador	Programa Estatal de VIH/ITS Zac.
----------------------------	-------------	-------------------------------------

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida agradece a las 8 Organizaciones de la Sociedad Civil que 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), por sus comentarios puntuales a los indicadores que reporta el país.

NOMBRE	CARGO	ORGANIZACIÓN
Guillermina Gómez Arellanes	Presidenta	Fundación nacional de mujeres por la salud comunitaria, A.C.
José Gerardo Cabrera Reséndiz	Representante	Red mexicana de personas que viven con VIH/SIDA
José Martín Luna Sámano	Representante	Centro de atención profesional a personas con Sida , A.C.
Lic. Martha Elena Barrios Díaz	Coordinadora General	Centro de estudios para el desarrollo ITZAMNÁ, A.C.
Roudolf Geers	Representante	Vida positiva playa, A.C.
Ricardo Román Vergara	Presidente	Inspira cambio, A.C.
Carlos Alberto Franco Chávez	Representante	Colectivo SerGay de Aguascalientes, A.C.

Antonio Maldonado Rodríguez	Representante	Centro de desarrollo e investigación sobre Juventud, A.C.
-----------------------------	---------------	---

ORGANIZACIONES QUE APORTARON INFORMACIÓN

NOMBRE	CARGO	ORGANIZACIÓN
Lic. Guadalupe Muñoz Saucedo	Directora	Misericordia y Vida para el Enfermo con Sida , A.C. (MYVAC)
Lic. Ma. Del Carmen Tarín Béjar	Directora	Institución de Beneficencia Privada Fátima IBP
Lic. Dulce María Astrid Gallardo Rangel	Representante Legal y Presidenta	Irapuato Vive, A.C.
Lic. María Elena Ramos Rodríguez	Representante Legal y Presidenta	Programa Compañeros, A.C.
Luis Alberto Segovia Acosta	Presidenta	PREVENCASA, A.C.
Jacinto Abel Quiroga Quintanilla	Presidente	Acción Colectiva por los derechos de las minorías sexuales, AC
Ma. Del Rosario Padilla García	Directora	Centro de Servicios Ser, A.C.
Lourdes Angulo Corral	Directora General	Integración social verter, A.C.

Ricardo Román Vergara	Presidente	Inspira cambio, A.C.
Julián Rojas Padilla	Presidente	Red Mexicana para la Reducción de Daños, A.C.
Carolina Vizcarra Peña	Gerente	Profesionales Contra la Adicción, y Asistencia Médica contra la Adicción
C.P. Beatriz María Martínez Ramírez	Gerente Administrativo	Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones, S.A. de C.V.

INTEGRANTES DEL GRUPO TEMÁTICO Y DEL EQUIPO CONJUNTO DE ONUSIDA EN MÉXICO

Agencia	Grupo Temático Jefa/Jefe de Agencia	Equipo Conjunto Punto Focal
UNFPA Presidencia del Grupo Temático ONUSIDA OCR	Leonor Calderón	Javier Domínguez
ACNUR	Marcia de Castro	Esther Corral
CINU	Mark Manley	Ana Acosta
OIM	-- -- --	Mariana Castro
OIT	Christopher Gascon	José Ramón Córdoba
ONU MUJERES	Thomas Wissing	No hay punto focal designado en este momento
	Ana Guëzmes	Karin Mattsson
OPS	Maureen Birmingham	Enrique Gil
PNUD	María del Carmen Sacasa	Anwar Suarez
UNESCO	Katherine Grigsby	Ximena Velasco
UNICEF	Isabel Crowley	Matthias Sachse
UNODC	Antonio Mazzitelli	No hay punto focal designado en este momento
UNDSS*	Ricardo Anibal Salas	Paulina Velez

ÍNDICE

ACRÓNIMOS	14
INTRODUCCIÓN	17
I. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS DEL INFORME	20
1.1 La participación de las entidades interesadas	20
1.2 Tabla general de Indicadores	22
II. LA EPIDEMIA DE VIH EN MÉXICO	26
2.1 Panorama mundial y regional de la epidemia del VIH	26
2.2 Situación nacional de la epidemia del VIH	27
III. REPORTE DE INDICADORES DE AVANCE EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA	32
Objetivo 1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015	32
1.16 Pruebas de detección del VIH y orientación en mujeres y hombres de 15 años de edad o más	32
1.17.1 Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que se realizan la prueba de detección de sífilis durante la primera visita a atención prenatal en los últimos 12 meses	33
1.17.2 Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que fueron positivas para sífilis	35
1.17.4 Porcentaje de trabajadoras y trabajadores del sexo (TS) con sífilis activa	37
1.17.5 Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que presentan sífilis activa	38

1.17.6 Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los últimos 12 meses	40
1.17.7 Número notificado de casos de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses	41
1.17.8 Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses	42
1.17.10 Número notificado de adultos con úlcera genital en los últimos 12 meses	44
Objetivo 2. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el 2015	45
2.1 Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención	45
2.6a y 2.6b Número estimado de personas en terapia de sustitución de opiáceos (inyectores y no inyectores)	47
2.7a y 2.7b Número de puntos de prestación de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringas	49
Objetivo 3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el Sida	51
3.1 Prevención de la transmisión materno-infantil	51
3.3 Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses	52
3.4. Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio [<72 horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH)	53

3.6 Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4	54
3.11 Número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el periodo de notificación	56
Objetivo 4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015	57
4.1 Tratamiento del VIH: Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente tratamiento antirretrovírico de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH	57
4.2a Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 12 meses después de iniciarlo	59
4.2b Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 24 meses después de iniciarlo	61
4.2c Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 60 meses después de iniciarlo	63
4.3a Número de establecimientos de salud que ofrece TAR	65
4.3b Establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico	66
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	67
4.5 Porcentaje de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de < 200 células/ μ l en el 2013	69
4.6 Atención de la infección por el VIH: Tratamiento ARV	70

4.7a	Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación y que registraron supresión viral	72
4.7b	Porcentaje de personas en TAR a las que se les realiza la prueba para determinar la carga viral y que registran una carga viral de ≤ 1.000 copias tras 12 meses de tratamiento	73
4.7c	Porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba de la carga viral que registran una carga viral indetectable en el periodo de notificación	75
	Objetivo 5. Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015	76
5.1	Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis estimados en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH	76
5.2	Porcentaje de personas seropositivas para el VIH que se han incorporado por primera vez en la atención a las que se les detectó tuberculosis activa	78
5.3	Porcentaje de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH que inician profilaxis con isoniazida	80
	BIBLIOGRAFÍA	82
	ANEXOS	
	ANEXO I. Preguntas de política y programáticas de la OMS (UA)	84
	ANEXO II. Encuesta sobre uso de antirretrovirales y pruebas diagnósticas, y aplicación de las recomendaciones de la Guía Consolidada de la OMS	121
	Anexo III. Fichas Técnicas de los Indicadores	148

ACRÓNIMOS

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

	para los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
M&E	Monitoreo y Evaluación
MARP	Poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad (por sus siglas en inglés)
Megas	Medición del Gasto Nacional en SIDA
MTS	Mujer Trabajadora Sexual
Mudi	Mujer(es) que se inyecta(n) droga(s)
NSP	Programa de intercambio de agujas y jeringas (por sus siglas en inglés)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OnuSida	Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización de la Sociedad Civil
OST	Terapia de Sustitución de Opiáceos (por sus siglas en inglés)
Pemex	Petróleos Mexicanos
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PPL	Población Privada de la Libertad
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno Infantil
PTV	Prevención de la Transmisión Vertical del VIH
Pudi	Persona que se inyecta droga
PVV	Personas viviendo con VIH
RNCS	Registro Nacional de Casos de SIDA
Sai	Servicios de Atención Integral
SALVAR	Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV
Semar	Secretaría de Marina y Armada de México
Sedena	Secretaría de la Defensa Nacional
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SS	Secretaría de Salud
Suive	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
TARAA	Terapia Antirretroviral Altamente Activa
TAR	Terapia Antirretrovírica
TB	Tuberculosis
TPI	Terapia Preventiva con Isoniacida
TS	Trabajo Sexual
TTTI	Transexuales, Travestis, Transgénero e Intersexuales
Unemes	Unidad de Especialidades Médicas
Unesco	Organización de las Naciones Unidas para la

	Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

El Informe 2015 presenta los avances en la respuesta de México a la epidemia del VIH, conforme a los compromisos internacionales adoptados por el país en la Declaración Política sobre el VIH y el Sida 2011, aprobada en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas y por los países miembros el 10 de junio de 2011; cuyo documento está basado en la Declaración de Compromiso sobre el VIH y el Sida (2001) y en la Declaración Política sobre el VIH y el Sida (2006).

La declaración política de 2011 se considera un documento que apoyará a los países en el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio número 6: detener y empezar a invertir el curso de la epidemia del VIH y el Sida para 2015.

Esta nueva declaración política, tiene 10 objetivos¹:

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

1. ONUSIDA. Directrices: Presentación de los informes sobre los avances en la respuesta mundial al Sida 2015. Ginebra, Suiza. Diciembre, 2014. Páginas 26-30.
2. OMS, UNICEF y ONUSIDA. Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2014: desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011. Ginebra, Suiza 2013.

9. Eliminar las restricciones de entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH.
10. Eliminar los sistemas paralelos de servicios relacionados con el VIH para fortalecer la integración de la respuesta al Sida en los esfuerzos sanitarios y de desarrollo a nivel mundial.

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

La información que se presenta corresponde, en la mayoría de los casos, a la obtenida para el año 2014. Los datos empleados en el cálculo de los indicadores, en su mayoría, derivan de sistemas de información nacional, encuestas, estudios; aunque también se incluyen estimaciones basadas en fuentes primarias.

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

1. Número y nombre del indicador
2. 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

La presentación del informe en 2015 sólo requiere el apartado de indicadores básicos; un informe descriptivo de los avances en el país; así como la respuesta a los siguientes cuestionarios: a) encuesta sobre uso de antirretrovirales y pruebas diagnósticas, y aplicación de las recomendaciones de la guía consolidada de la OMS. Encuesta de situación en el 2014 y b) P.1b. Preguntas políticas y programáticas, 2014. En esta ocasión, no se solicita el Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN).

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

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

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

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

En la parte final del informe se encuentran los anexos en donde puede consultarse las fichas técnicas de los indicadores y los cuestionarios anteriormente descritos.

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

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

I. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS DEL INFORME

1.1 La participación de las entidades interesadas

El CenSida diseñó un plan de trabajo que contempló la recolección y validación de información para el cálculo de los indicadores que serían actualizados en esta ronda, lo cual dependió de la disponibilidad de fuente de información; así como la organización para dar respuesta a los cuestionarios de ARV y políticas.

En este sentido, se solicitó información a las instituciones del sector salud público las cuales, en su mayoría, respondieron al apartado de indicadores, así como los cuestionarios mencionados.

Una vez que se tuvo una versión preliminar y definitiva del apartado de indicadores, éste se presentó para su difusión y aportaciones por parte de las organizaciones de la sociedad civil y los organismos de las naciones unidas.

Metodología

La elaboración del Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida 2015 estuvo coordinado por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (Censida).

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

- Para la actualización de información de los indicadores, se solicitó información a las instituciones del sector salud público: Secretaría de Salud -SS-, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR; a los Programas Estatales de VIH, el Sida e ITS, organizaciones de la sociedad civil y empresas privadas.

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

- La respuesta a ambos cuestionarios estuvo a cargo del Censida , según el nivel de especialización de cada dirección de área.
- Para difusión de avances y aportaciones de las organizaciones de la sociedad civil y organismos de las naciones unidas, en una primera etapa, el Censida emitió una convocatoria pública abierta para invitar a una videoconferencia a las organizaciones registradas en el censo de OSC con trabajo en VIH, Sida e ITS, que dispone el Centro Nacional. La convocatoria se difundió en el sitio Web del Censida ; al tiempo que fue enviado un correo electrónico a cada OSC. Doce OSC se inscribieron para participar, pero finalmente asistieron ocho organizaciones a la videoconferencia, la cual se dio a través de la plataforma Blackboard Collaborate, el día 20 de marzo 2015, gracias al apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien ha prestado sus instalaciones y tecnología, en los últimos años, para el desarrollo de esta actividad. En la reunión virtual, el Censida difundió los resultados preliminares de los indicadores para los cuales se tenía información hasta ese momento.

Asimismo, los resultados preliminares de los indicadores presentados a OSC, también fueron enviados vía electrónica a los organismos de las naciones unidas.

- En una segunda etapa, tanto a OSC como a los organismos de las naciones unidas, se les compartió la versión final de las fichas técnicas de los indicadores, a través de correo electrónico, para recopilar sus comentarios y aportaciones finales.
- Por último, se validó la información con la directora general y los directores de área del Censida.

a. Revisión documental.

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

b. Recopilación de la información.

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

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

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

d. Validación de indicadores.

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.

Se consideraron las aportaciones de las organizaciones de la sociedad civil y de agencias del Sistema de Naciones Unidas.

e. Elaboración del Informe escrito

El Censida elaboró el informe final.

f. Captura en línea en el sistema oficial de ONUSIDA

Una vez finalizada la sección de indicadores, el informe escrito y los cuestionarios de la encuesta sobre uso de antirretrovirales y pruebas diagnósticas, y aplicación de las recomendaciones de la guía consolidada de la OMS. Encuesta de situación en el 2014 y P.1b. Preguntas políticas y programáticas, 2014; el equipo del CENSIDA procedió a la captura en línea del informe, en el sistema diseñado por el ONUSIDA , expresamente para este fin.

g. Difusión del informe

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

1.2 Tabla general de indicadores

Contiene una síntesis de la dimensión cuantitativa del reporte de los progresos de México en respuesta global al VIH y Sida, durante el 2014.

Cuadro 1. Listado de Indicadores

**REPORTE DE PROGRESO EN LA RESPUESTA GLOBAL AL SIDA
MÉXICO, 2015**

No.	Nombre	Disponibilidad
1.16.0	Pruebas de detección del VIH y orientación en mujeres y hombres de 15 años de edad o más	Total: 2,367,421 Hombres: 340,037 Mujeres: 1,947,705 Sexo desconocido: 79,679 Mujeres de 15 años o más: 1,220,768
1.17.1	ITS: Porcentaje de mujeres que acceden a servicios de atención prenatal que se realizan la prueba de detección de sífilis	57.3%
1.17.2	ITS: Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que fueron positivas para sífilis	0.38%
1.17.4	ITS: Porcentaje de trabajadores sexuales (TS) con sífilis activa	Total: 1.8% Hombres: 4.7% Mujeres: 1.3%
1.17.5	ITS: Porcentaje de hombres que tienen sexo con otro hombre (TS) con sífilis activa	9.5%
1.17.6	Tasa de adultos reportados de sífilis por cada 100 mil personas de 15 años de edad o más en los últimos 12 meses.	4.6 casos nuevos de sífilis adquirida por cada 100 mil personas de 15 años o más Hombres: 5.1 Mujeres: 3.6
1.17.7	Tasa de casos notificados de sífilis congénita por cada mil nacidos vivos en los últimos 12 meses	0.06 casos notificados de sífilis congénita por cada mil nacidos vivos
1.17.8	Tasa de casos notificados de hombres con gonorrea, por cada 100 mil hombres de 15 años de edad o más, en los últimos 12 meses	1.9 casos nuevos notificados de gonorrea por cada 100 mil hombres de 15 años o más
1.17.10	Tasas de adultos notificados con úlcera genital, por cada 100 mil de personas de 15 años de edad o más, en los últimos 12 meses	9.8 casos nuevos notificados de úlcera genital por cada 100 mil personas de 15 años o más. Hombres: 10.6 Mujeres: 9.0
2.1	Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por persona usuaria de drogas inyectables por año	3.9 jeringas por PUDI
2.6a.	Número estimado de consumidores de opiáceos (inyectables y no inyectables)	141,690
2.6b.	Número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos	29,029
2.7a	Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas	38
2.7b.	Número de centros de tratamiento de sustitución de opiáceos	18

No .	Nom bre	D ispon bilidad
3.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antiretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil	1,181 mujeres embarazadas en tar
3.4	Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio [<72 horas], incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH).	Número total de embarazadas a las que se les realizó la prueba (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas): 1,220,768
3.6	Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antiretroviral mediante la estratificación clínica o el análisis de los CD4.	Secretaría de Salud: 851 mujeres embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antiretroviral Por estado clínico: 92 Por prueba de CD4: 759
3.1.1	Número de mujeres embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación.	2,292,278
4.1	Porcentaje de adultos y niños que reciben actualmente tratamiento antiretroviral de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH	Total de personas en tar: 97,541 Hombres: 76,761 Mujeres: 20,764 Personas que iniciaron tar en el año: 13,226 Hombres: 10,516 Mujeres: 2,710
4.2a	Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 12 meses después de iniciarlo	Total: 82.9% Hombres: 85.2% Mujeres: 74.4% <15 años: 58.0% 15 años o más: 83.6%
4.2b	Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 24 meses después de iniciarlo	Total: 74.8% Hombres: 77.7% Mujeres: 65.5% <15 años: 63.9% 15 años o más: 75.1%
4.2c	Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 60 meses después de iniciarlo	Total: 65.5% Hombres: 65.8% Mujeres: 64.7% <15 años: 69.3% 15 años o más: 65.4%
4.3a	Establecimientos de salud que ofrecen TAR	394
4.3b	Establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico	218
4.4	Desabastecimientos de antiretrovirales (ARV)	6.0% (Incluye SS, SSSTE, PEM EX, SEDENA Y SEMAR)
4.5	Porcentaje de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de < 200 células/mm ³ en el 2013	39% (Incluye SS, PEM EX, SEDENA Y SEMAR)
4.6a	Número total de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH a fines del período de notificación	Total: 98,638 Hombres: 77,282 Mujeres: 21,356 <15 años: 5,934 15 años o más: 92,704
4.6b	Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el período de notificación	Total: 16,729 Hombres: 13,165 Mujeres: 3,546 <15 años: 1,030 15 años o más: 15,699

No .	Nom bre	D ispon bilidad
4.7a	Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el período de notificación que registraron supresión viral	Total:86.8% Hom bres:92.3% M ujeres:89.2% <15 años:80.2% 15 años ó m ás:91.9%
4.7b	Porcentaje de personas en TAR a las que se les realiza la prueba para determinar la carga viral y que registran una carga viral de ≤ 1 000 copias tras 12 meses de tratamiento	Total:91.4% Hom bres:92.4% M ujeres:86.7% <15 años:75.6% 15 años ó m ás:91.6%
4.7c	Porcentaje de personas que reciben tratamiento antiretroviral a las que se les realiza la prueba de la carga viral que registran una carga viral indetectable en el período de notificación	Total:76.0% Hom bres:76.5% M ujeres:74.4% <15 años:62.5% 15 años ó m ás:93.1%
5.1	Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis estimados en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH	Total:755 Hom bres:634 M ujeres:121 <15 años:10 15 años ó m ás:745
5.2	Porcentaje de personas seropositivas para el VIH que se han incorporado por primera vez en la atención a las que se les detectó tuberculosis activa	Total:4.2% Hom bres:4.5% M ujeres:3.2% <15 años:0.9% 15 años ó m ás:4.5%
5.3	Porcentaje de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH que inician profilaxis con isoniazida	2.9%
Notas: ND :No disponibles NA :No aplica		

II. LA EPIDEMIA DEL VIH EN MÉXICO

2.1 Panorama mundial y regional de la epidemia del VIH

De acuerdo con el Onusida², a nivel mundial, se estima que en 2013 las personas que vivían con el VIH eran 35 millones (33.2-37.2), lo que representa un aumento en comparación con años anteriores. Se notificaron 2.1 (1.9-2.4) millones de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, lo que representa una disminución de 38% en comparación con 3,4 (3.3-3.6) millones en 2001. Al mismo tiempo, el número de muertes por sida también disminuyó de 2.4 (2.2-2.6) millones en 2005 a 1.5 (1.4-1.7) millones en 2013.

El análisis por región muestra la mayor concentración de personas viviendo con VIH en los países de ingreso bajo, el 71% de las personas que vivían con VIH en el 2013 estaban en el África Subsahariana, siendo la región más afectada por la epidemia; es decir 24.7 millones [23.5-26.1 millones] de personas. En segundo lugar se posiciona la región de Asia oriental y sudoriental, con un número estimado de 4.8 millones [4.1-5.5 millones] personas que vivían con VIH.

Por otra parte, América Latina, se encuentran en cuarto lugar con alrededor de 1.6 millones de personas viviendo con el virus (1.4-2.1 millones). 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 al aumento en el acceso a tratamiento antirretroviral, lo que ha ayudado a reducir el número de muertes anuales relacionadas con el sida; así como a los esfuerzos de detección cada vez más temprana. El ONUSIDA reportó que, durante 2013, en América Latina se habrían dado 94 mil nuevas infecciones y las muertes relacionadas con el VIH fueron 47 mil. La región de América Latina se caracteriza por tener una epidemia relativamente estable.

La epidemia del VIH a nivel global continúa concentrando las nuevas infecciones en contextos de epidemias generalizadas, como es el caso de la región del África Subsahariana. En Latinoamérica y el Caribe, la epidemia sigue principalmente concentrada en el grupo de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y en otros grupos como mujeres trans (MT), hombres trabajadores sexuales (HTS), personas que usan drogas inyectadas (pudi) en algunos países; y en menor medida en mujeres trabajadoras sexuales (MTS).

La mayor parte de las personas con VIH, alrededor de 75%, se concentran entre cuatro países: Brasil, Colombia, México y de la República Bolivariana de Venezuela. Aproximadamente el 60% de las personas que viven con el VIH en la región eran hombres, incluyendo a los hombres heterosexuales y hombres homosexuales y otros hombres que

² ONUSIDA. Gaps Report 2014. Ginebra: ONUSIDA; 2013.

tienen sexo con hombres. La prevalencia regional del VIH entre la población adulta en general se estimó en 0.4%.

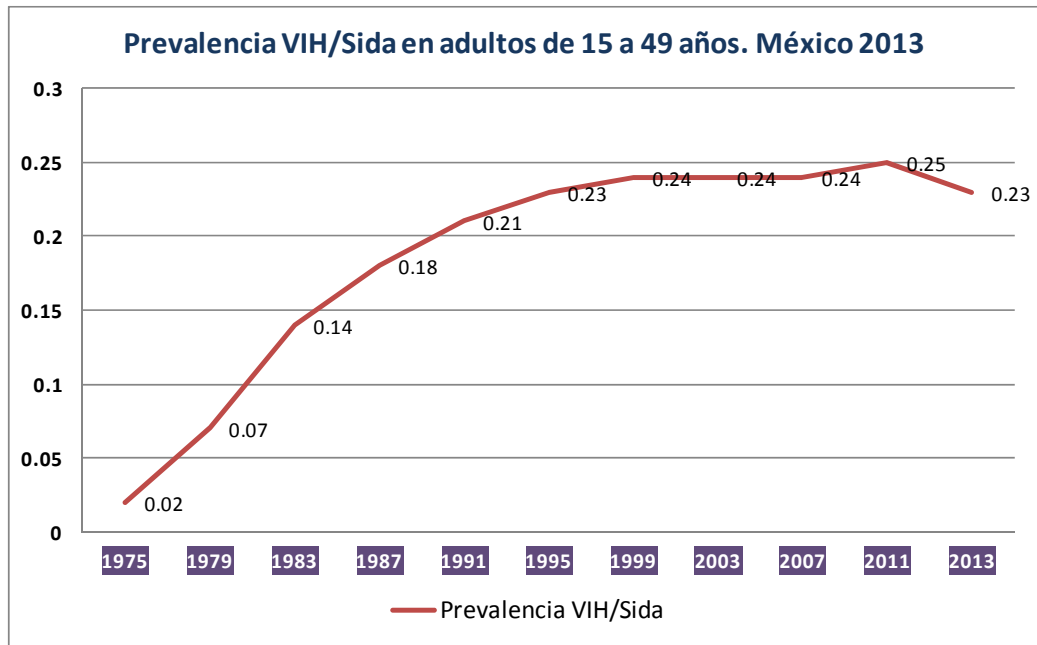
La prevalencias de infección por VIH reportadas en América Latina por poblaciones clave, son las siguientes: en HSH van del 20% al 7%; en mujeres transgénero de 32%-16%, en hombres trabajadores sexuales de 8-69%. Las pudí representan un grupo que concentra la epidemia en la región, especialmente en países del Cono Sur de Sudamérica y México.

2.2 Situación nacional de la epidemia del VIH

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

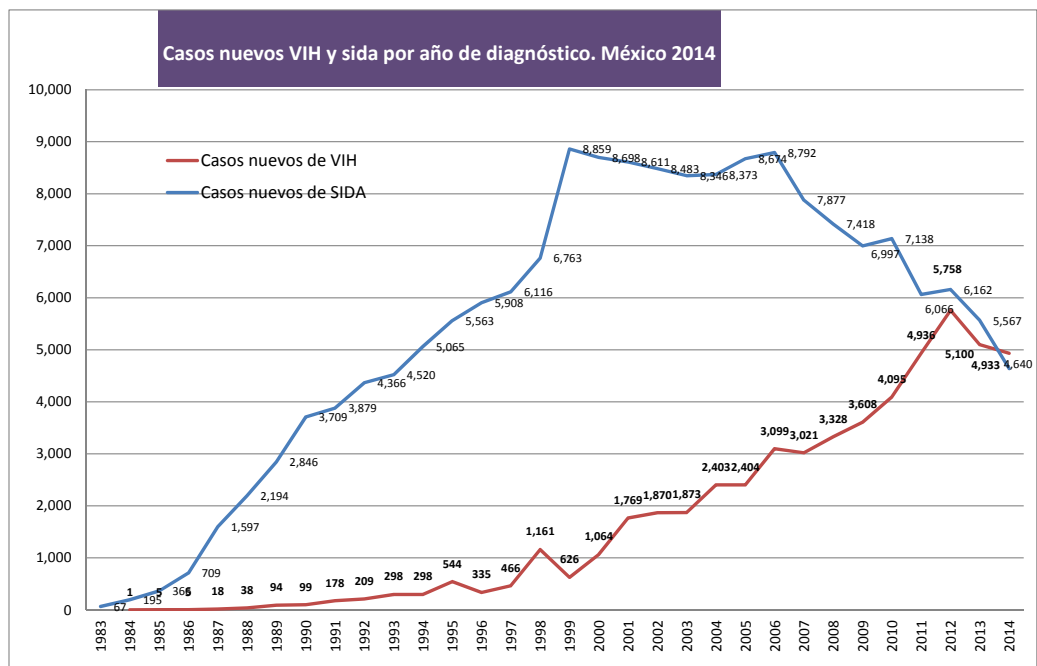
La tendencia observada para el indicador denota que la prevalencia está disminuyendo en los últimos años. El resultado del modelaje realizado con *Spectrum 5.03* para 2013 encuentra que viven en el país entre [140,000 - 230,000] personas con el VIH. Según los límites del análisis de plausibilidad, el estimador puntual es de 180,000 personas que viven con VIH, en todas las edades y las nuevas infecciones que se habrían producido en 2013 alcanzarían las 9,300 personas [6,100 - 15,000].³

³ Se utilizan cifras redondeadas por el Onusida.



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

Durante el periodo 2010-2013, los casos nuevos de VIH y sida se han incrementado, lo cual parece ser resultado tanto del aumento en esfuerzos de detección, como en la reducción del retraso en la notificación de casos.



Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA . Datos al 31 de diciembre del 2014. Elaboración SS/CENSIDA /DIO.

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

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

Fuentes:

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

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

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

Las tendencias de infección para las poblaciones de MTS y HSH no muestran cambios significativos de 2011-2013. Un contundente descenso de la prevalencia se observa en la pudi, pasando del 5.7% en 2011 a 2.5% en 2013, lo que no significa que en realidad haya descendido, sino que se debe a razones de tipo metodológico y social respecto el levantamiento de datos y las ciudades que se seleccionaron para el mismo. En realidad la prevalencia en esa población ha estado igual o un poco arriba del 5%. Las diferencias entre ambas prevalencias deberán promover la realización de un exhaustivo análisis de estos datos epidemiológicos.

Distribución por sexo y edad

Hasta el 31 de diciembre del 2014, los casos notificados de VIH y sida que se encuentran vivos según estado de evolución registrados ascienden a 119,200 (Sida: 65,975 y VIH: 53,225), de los cuales 77% son hombres y el 23% mujeres. Por su parte, los casos nuevos diagnosticados de VIH y sida notificados en 2014 (preliminar) fueron 9,573 (Sida: 4,640 y VIH: 4,933), 79% hombres y 21% mujeres.

A principios de la epidemia, la razón hombre/mujer de casos VIH o sida era de 4 hombres por cada mujer (año 1984), aunque en año siguiente subió a 11, para luego disminuir hasta alcanzar los 4 casos en varones por cada mujer en los últimos años: en los casos diagnosticados durante el 2014 la razón H/M es de 3.9, si bien cabe considerar que estas cifras son provisionarias en función del retraso en la notificación de casos. En el 2010 (año que se puede considerar con menos retraso en la notificación), la razón fue 3.8.

Del año 2000 a la fecha, esta razón ha oscilado entre 3 y 4 casos de hombre por cada mujer, sin embargo, se reconocen diferencias por entidad federativa, que hacen suponer estados con una razón menor.

Respecto a la edad, se constata que el grupo de 25-44 años de edad es el que de manera acumulada contiene el mayor porcentaje de casos de VIH y sida (64.3%), mientras que en casos nuevos 2014, la edad se recorre más un grupo quinquenal más joven, es decir, de 20-39 años, con 69.5% del total de casos de ese año, según lo registrado hasta el momento.

Vías de transmisión

La epidemia del VIH en México es predominantemente transmitida por vía sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de 95% de los casos acumulados de VIH y Sida y 98% en los casos de VIH y sida diagnosticados y reportados del 2014. Una visión acumulada de las vías de transmisión, los HSH puede ser asociada con, al menos, el 45% de los casos registrados; mientras que en los casos nuevos 2014 este porcentaje es de 54%.

Los casos de VIH y sida diagnosticados durante el 2014 en hombres denotan con claridad la mayoritaria presencia de HSH en la dinámica de transmisión del VIH. Se puede apreciar claramente que, al menos, el 70% de las infecciones en hombres se relaciona con alguna de las categorías que conforman el concepto epidemiológico de transmisión por prácticas de HSH. Un 29% declara en 2014 que su infección se produjo en una relación heterosexual. Los casos de transmisión

vertical, pudi y la categoría combinada homo-drogas, tiene el resto porcentual.

La epidemia de VIH y sida en mujeres muestra como principal causa la transmisión sexual, tanto en su acumulado histórico (91%), como en los casos diagnosticados en 2014 (97%) y los casos de VIH y sida perinatales y en usuarias de drogas inyectadas (MUDI) suman el 3% restante.

Los casos de VIH y sida en mujeres asociados a transfusiones de sangre, y que llegaron a representar hasta el 67% de los casos al inicio de la epidemia, han desaparecido como resultado del tamizaje obligatorio de la sangre a transfundir, así como por la prohibición de la comercialización de la misma aplicada en nuestro país exitosamente durante los primeros años de la epidemia.

Mortalidad

En México, según las cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) y al Secretaría de Salud (SS), al cierre de 2013, se reportaron 4,971 defunciones por VIH, lo que representa una tasa de 4.2 por 100 mil habitantes, cifra 10% menor al punto máximo alcanzado en mortalidad en el país (2008). Durante el periodo 1988 al 2013, cerca de 102,868 personas murieron por causa.

Desde 2003, año en que se logra el acceso universal a tar, los esfuerzos del país, en materia de acceso universal a tratamiento antirretroviral y de atención integral, apenas se están observado en estos últimos 5 años en la mortalidad por VIH.



Fuente: Inegi/SS. Registro de mortalidad. Datos al 31 de diciembre del 2013.
Elaboración SS/CENSIDA /DIO.

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

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

1.16. Pruebas de detección del VIH y orientación en mujeres y hombres de 15 años de edad o más

Existen diferentes modelos de prestación de los servicios de pruebas y orientación, como los voluntarios y los prestados por iniciativa del proveedor de salud se les informe del resultado, en cualquier caso, el objetivo es que las personas conozcan el estado con respecto al VIH para que puedan acceder a los servicios de tratamiento, atención, apoyo y prevención.

Características del indicador

Este indicador busca medir contabilizar a las personas de 15 años de edad ó más, a quienes se realizó la prueba de detección del VIH y recibieron orientación sobre el VIH en el último año y conocen su resultado.

Metodología

Para el caso de México, lo reportado se refiere al número de detecciones realizadas, no de pruebas. La diferencia fundamental radica es que puede realizarse más de una prueba para tener un diagnóstico al respecto (detección). Asimismo, la información no se encuentra disponible por grupos de edad, por lo que se incluyen el total de detecciones realizadas en el país y el total en mujeres embarazadas, sin distinción de grupos de edad. No obstante, la mayoría de las detecciones reportadas se dan personas de 15 años ó más.

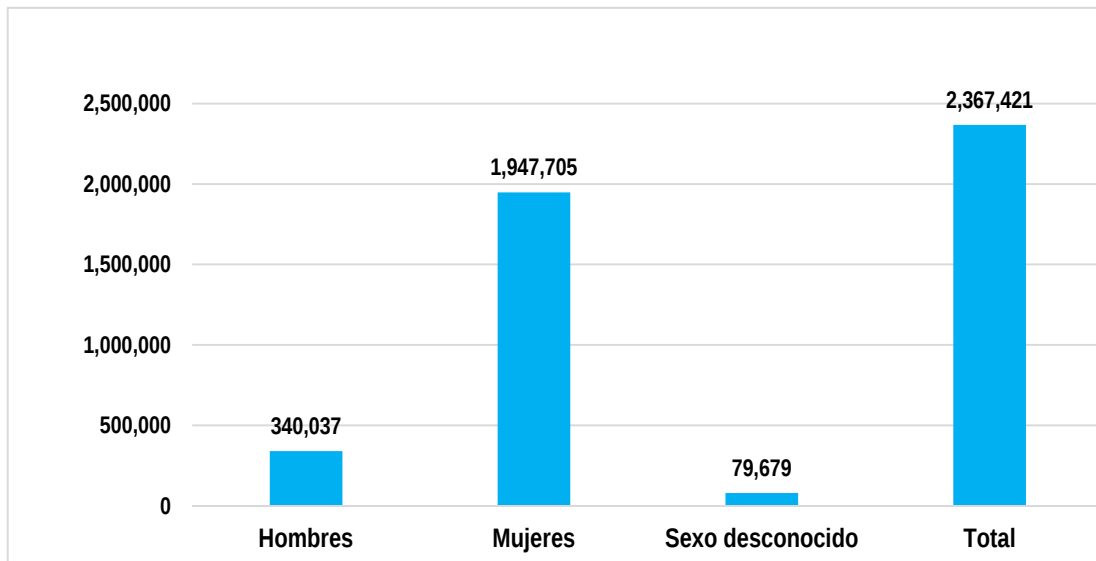
Resultados

Durante 2014, en el país se realizaron 2,367,421 detecciones de VIH en todas las instituciones del sector salud público. Para el caso exclusivo de las mujeres embarazadas, se realizaron 1,220,768 detecciones de VIH, las cuales están incluidas en el total de detecciones mencionado anteriormente.

Este indicador es de nuevo ingreso, por lo que no se cuenta con antecedentes de años previos en estos informes. Sin embargo, el Censida cuenta con registros de esta información que señalan un ligero aumento de 1% en el número total de detecciones de VIH

realizadas (2,346,477) y una disminución de -10% en las detecciones realizadas en mujeres embarazadas (1,362,948), respecto del 2013.

Gráfica 1
INDICADOR 1.16
Pruebas de detección del VIH y orientación en mujeres y hombres de
15 años de edad o más



Fuente: SS/CONASIDA.Grupo de Información Sectorial en VIH/Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación. Datos preliminares 2014.

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

La detección temprana de la sífilis durante el embarazo es fundamental para la salud de la madre y el niño al permitir el tratamiento de forma oportuna. Además, se ha estudiado que padecer sífilis facilita la transmisión del VIH, por lo que es indispensable explorar la presencia del virus y brindar consejería para prevenir éstas y otras ITS.

Características del indicador

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

Metodología

Este indicador no se encuentra disponible en buena parte de las instituciones del sector salud público, ya que no pueden identificar en sus sistemas de información aquellas mujeres embarazadas que se realizaron la prueba de detección de sífilis durante la primera visita de atención.

Por esta razón, en el numerador se reporta en el presente informe el número de detecciones de sífilis ocurrido en cualquier momento durante la atención prenatal. Esta información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida). Se incluye información de: SS, IMSS y PEMEX.

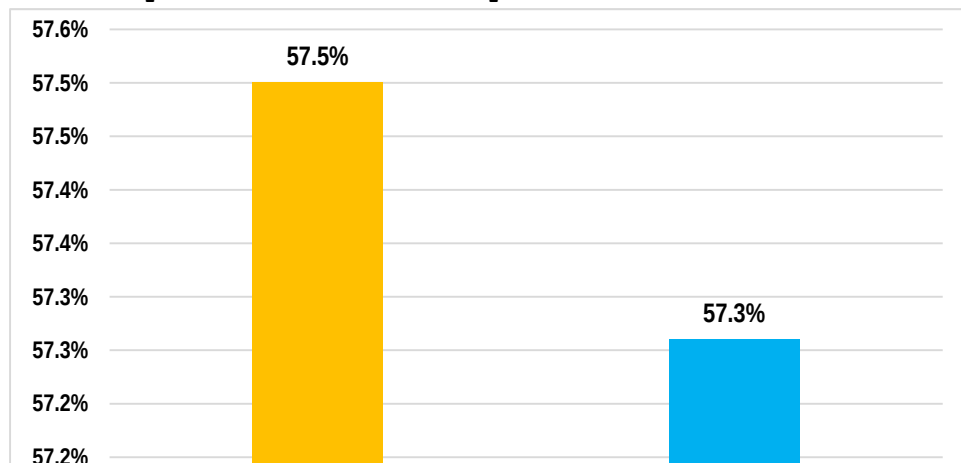
Respecto del denominador, no se utiliza el número de mujeres que acuden a la primera consulta de atención prenatal, ya que este número tiene problemas de sub-registro o sobre-registro, en dependencia de la institución del sector salud público que se trate. Por esta razón, se utiliza la estimación de nacimientos ocurridos en el año en el país, según el Sistema Informativo de Nacimientos (SINAC), realizado por la DGIS y proporcionado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.

Resultados

En el 2014, de las 2,292,278 de mujeres embarazadas que se acudieron a atención prenatal, se les realizó la prueba de sífilis a 1,312,555. Esto representa una cobertura del 57.3%. En el informe anterior, este indicador estaba en 57.5% de cobertura (2013) y aunque el cálculo del denominador de ambos años no tiene una misma metodología de cálculo, la diferencia numérica no es sustancial; por lo que se asume que la tendencia permaneció relativamente estable.

Gráfica 2
INDICADOR 1.17.1

Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis



Fuente: SS/CONASIDA.Grupo de Información Sectorial en VIH/Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación. Datos preliminares 2013 y 2014.
SS/DGIS. Sistema Informativo de Nacimientos 2014 (SINAC). Datos proporcionados por: SS/CNEGSR

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

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

Características del indicador

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

Metodología

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

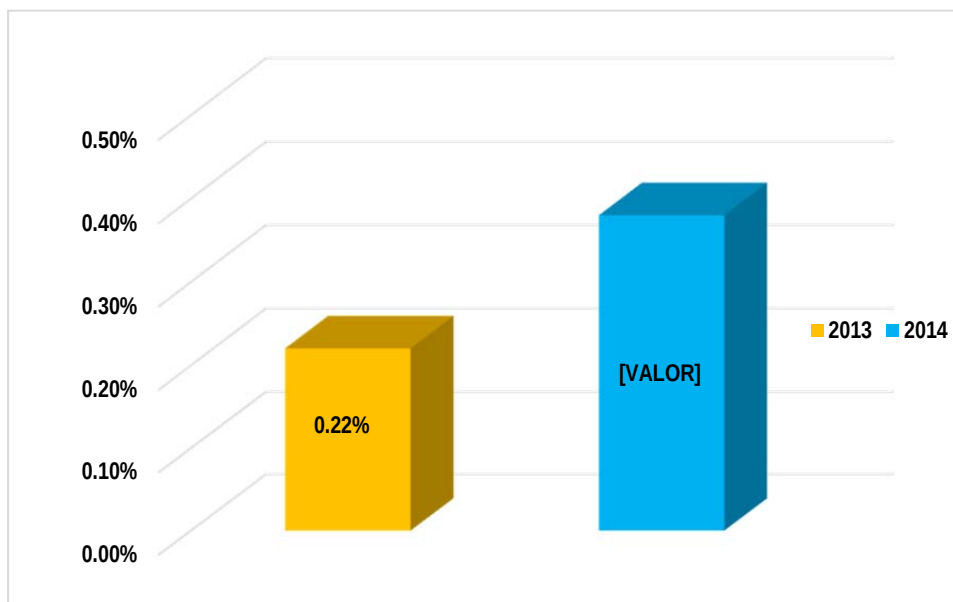
En México, la información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (ConaSida). Sólo se incluye información de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

Resultados

En el 2014, la prevalencia de sífilis en embarazadas fue de 0.38, que es 74% mayor a la cifra reportada en el año previo (0.22%). Sin embargo, es importante señalar que, el reporte de esta cifra ha sido muy irregulares en los años previos, por lo que es necesario revisar qué está señalando realmente esta tendencia.

No se encuentra disponible la información por grupos de edad.

Gráfica 3
INDICADOR No. 1.17.2
Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de
atención prenatal seropositivas para la sífilis



Fuentes:
SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación. Datos 2013 y 2014.
SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos 2014 preliminares, al 14 de enero del 2015.

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

A fin de prevenir las ITS en los trabajadores sexuales para que conserven su salud facilitando atenuar la dinámica de crecimiento de la epidemia de VIH, es importante la detección y tratamiento de cualquier ITS, para su salud y para propósitos de vigilancia de segunda generación.

Características del indicador

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

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

Metodología

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

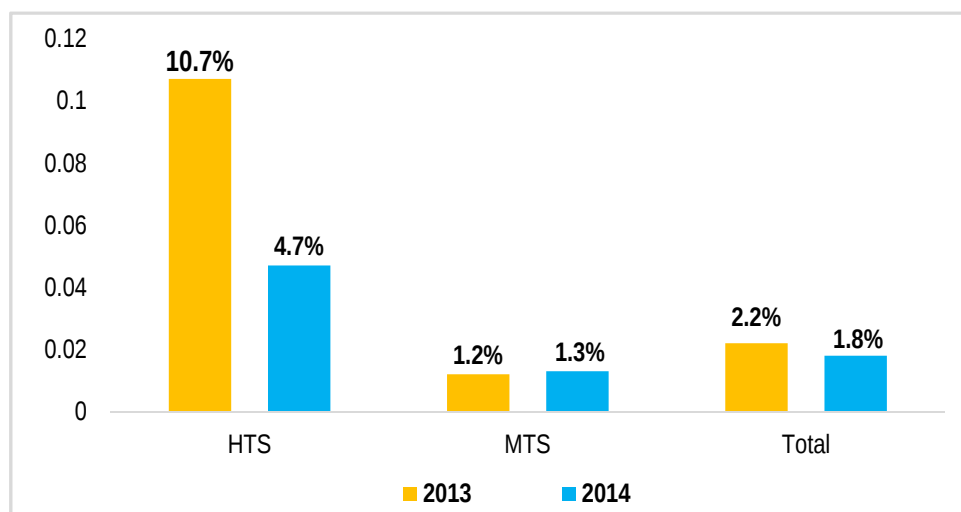
Se incluye información de la Secretaría de Salud, correspondiente a los servicios especializados que atienden a personas con VIH e ITS: Unidades de Especialidades Médicas "UNEMES", en su modalidad de Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)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

Resultados

En el 2014, se realizaron 5,168 detecciones de sífilis en trabajadores y trabajadoras sexuales, con una prevalencia de 1.8% de sífilis activa, cifra inferior a lo observado en 2013 (2.2%).

En las MTS la prevalencia es fue de 1.3%, cifra similar al año previo (1.2%); mientras que en HTS fue 4.7%, menor que en el año anterior (10.7%). La tendencia de los últimos 5 años en este indicador para HTS muestra un mayor prevalencia en el año 2013, la cual podría estar relacionado más que con un alza en la misma, con el mejoramiento en el reporte de datos desagregados por poblaciones clave, de los servicios especializados de atención del VIH en la Secretaría de Salud o a un cambio en la metodología de recolección en ese año, que lo hace diferente al resto de los años.

Gráfica 4
INDICADOR No. 1.17.4
Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa



Fuentes:
SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 31 de diciembre 2013, corte al 24 de febrero del 2014. Datos preliminares 2014, corte el 09 de febrero del 2015.

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

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

Características del indicador

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

En México, debido a la disponibilidad de información, se ha modificado la forma de reporte de este indicador ya que, en el numerador se incluyen las detecciones positivas de sífilis realizadas en HSH; mientras que en el denominador se incluye el total de detecciones de sífilis realizadas en HSH.

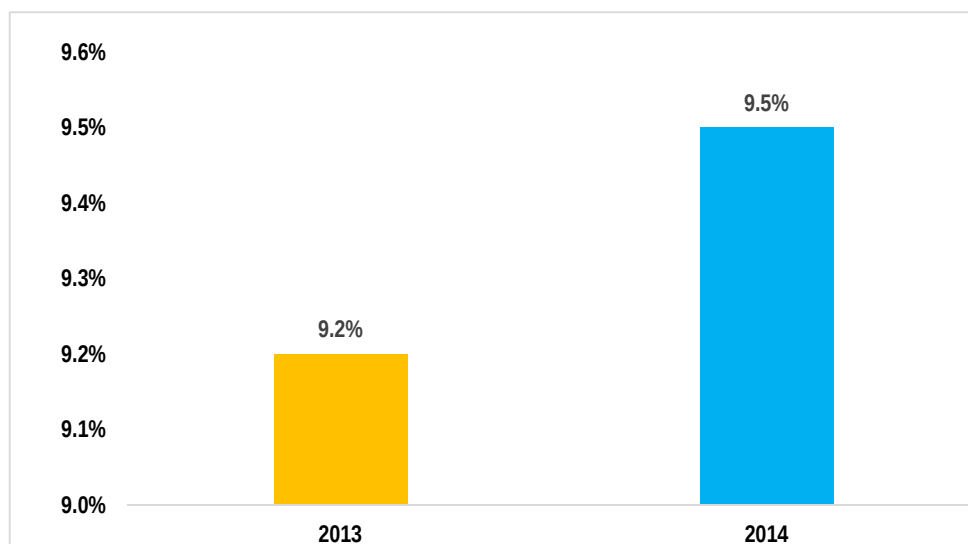
Metodología

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

Resultados

En el 2014, 9.5% de las detecciones de sífilis realizadas en HSH resultaron positivas. En el año anterior, la cifra fue 9.2%, por lo que se mantiene estable. No existen datos disponibles por edad.

Gráfica 5
INDICADOR No. 1.17.5
Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con
otros hombres y que presentan sífilis activa



Fuentes:

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 31 de diciembre 2013, corte al 24 de febrero del 2014. Datos preliminares 2014, corte al 09 de febrero del 2015.

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

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

Características del indicador

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

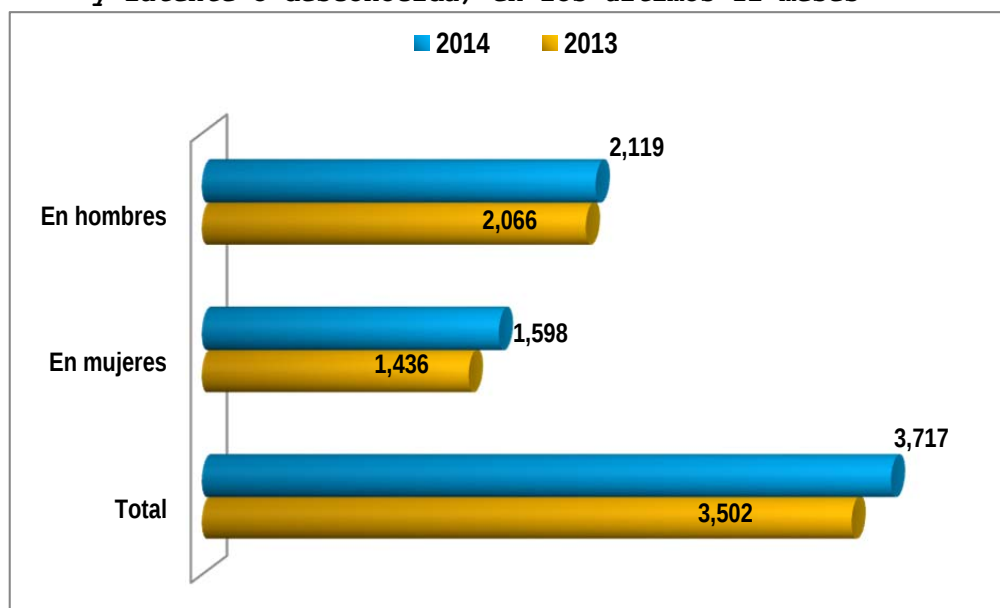
Metodología

La fuente de información sugerida son los sistemas ordinarios de información sanitaria. Su cálculo implica obtener el número de adultos con reporte de sífilis durante el periodo de notificación y el número de personas mayores de 15 años, cuya fuente de información es la División de Población de las Naciones Unidas-UNPD (por sus siglas en inglés). Sin embargo, se utilizaron las proyecciones de población de 15 años de edad o más por sexo del país, debido a que las de UNPD no se encuentran disponibles al momento.

Resultados

En el año 2014, se detectaron 4.3 casos de sífilis en por cada 100 mil adultos, que en comparación con el 2013, se conserva estable (4.1). La misma tendencia se observa en hombres con una tasa de 5.1 en ambos años y en mujeres con 4.1 (2013:4.3).

Gráfica 6
INDICADOR 1.17.6
Número notificado de adultos con sífilis (primaria o
secundaria
y latente o desconocida) en los últimos 12 meses



Fuentes: SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52/Datos preliminares, 2013 y 2014.

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

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

Características del indicador

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

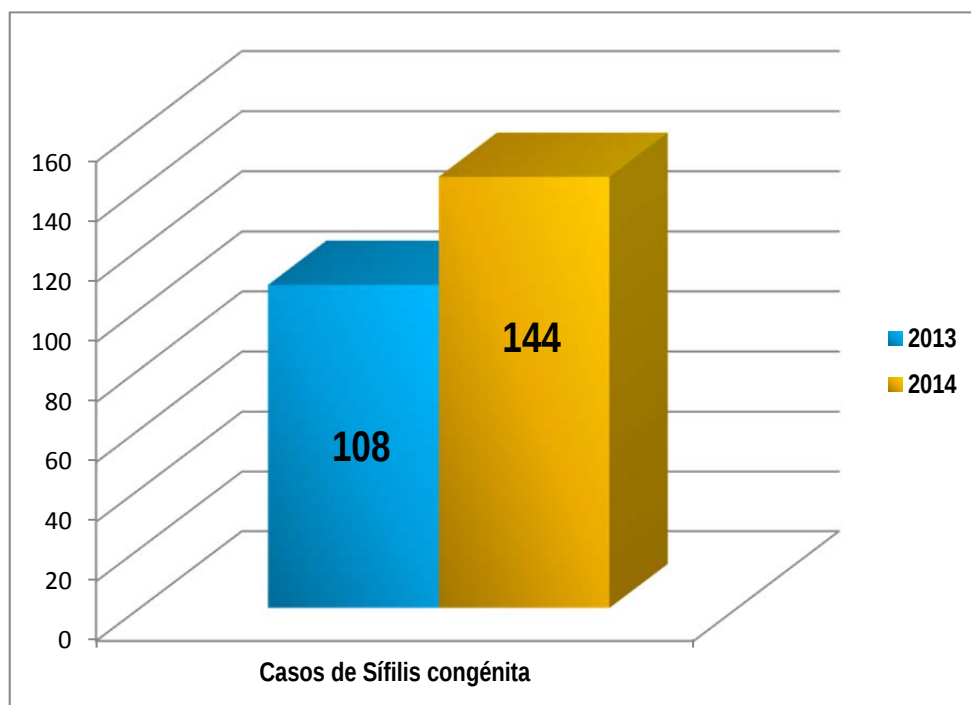
Metodología

La fuente de información sugerida son los sistemas ordinarios de información sanitaria. Su cálculo implica obtener el número de casos con sífilis congénita notificados (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses, y el número de nacidos vivos que proporciona la División de Población de las Naciones Unidas (UNPD, por sus siglas en inglés. Sin embargo, se utilizaron las proyecciones de número de nacimientos estimados del país, debido a que las de UNPD no se encuentran disponibles al momento.

Resultados

En el 2014, el número de casos notificados con sífilis congénita por cada mil nacidos vivos fue de 0.06, durante el año 2013 la tasa fue 0.05 (ambas cifras preliminares), por lo que en términos de tasa aumentó 33%. Es importante mencionar que, las cifras preliminares generalmente son superiores a las definitivas de cada año en sífilis congénita.

Gráfica 7
INDICADOR 1.17.7
Número notificado de casos de sífilis congénita
(nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses



Fuentes: SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52/Datos preliminares, 2013 y 2014.

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

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

Características del indicador

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

Metodología

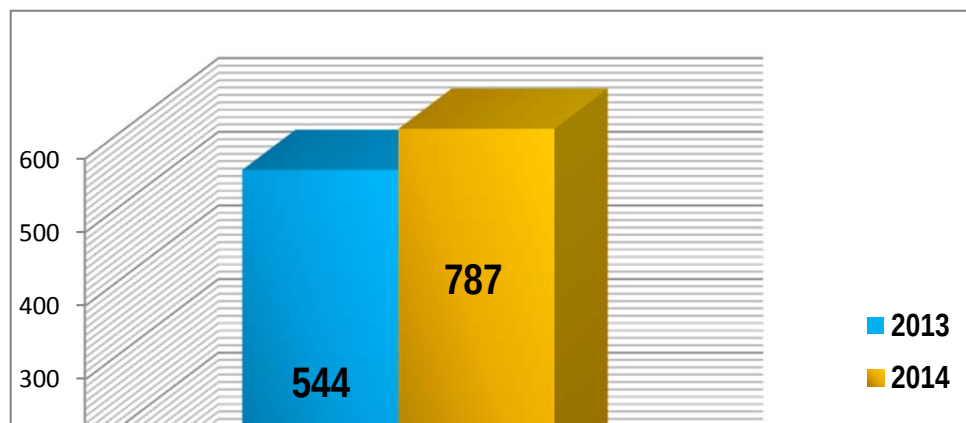
La fuente de información sugerida son los sistemas ordinarios de información sanitaria. Su cálculo implica obtener el número de casos notificados de hombres con gonorrea (infección gonocócica genitourinaria) durante el periodo de notificación, y el número de hombres mayores de 15 años de la División de Población de las Naciones Unidas (UNPD, por sus siglas en inglés). Sin embargo, se utilizaron las proyecciones de las proyecciones de hombres de 15 años o más del país, debido a que las de UNPD no se encuentran disponibles al momento.

Resultados

En el año 2014, el número de casos notificados de hombres adultos con gonorrea por cada mil hombres adultos fue de 1.9, mientras que en el 2013 fue 1.4, lo que representa un incremento de 42% (ambas cifras preliminares). Es importante mencionar que, las cifras preliminares generalmente son menores a las definitivas de cada año en gonorrea en hombres, ya que no todos los casos se confirman.

Gráfica 8
INDICADOR 1.17.8

Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses



Fuentes: SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52/Datos preliminares, 2013 y 2014.

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

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

Características del indicador

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

Metodología

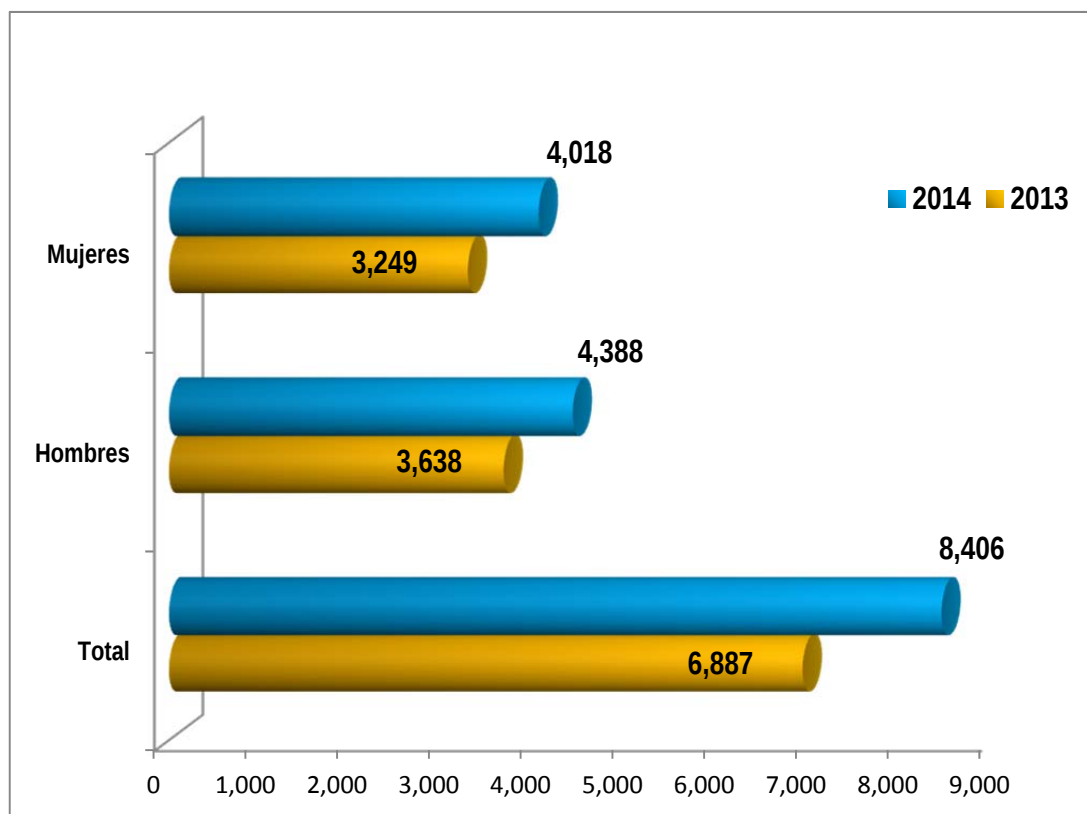
En el numerador, se reporta los casos nuevos de sífilis adquirida, herpes genital y chancro blando en adultos y en el denominador, se incluye las proyecciones de la población mayor de 15 años de edad, según la UNPD. Sin embargo, se utilizaron las proyecciones de las proyecciones de personas de 15 años o más del país, debido a que las de UNPD no se encuentran disponibles al momento.

Resultados

En el 2014, se reportó una tasa de 9.8 casos de úlcera genital por cada mil personas adultas; mientras que para 2013 fue de 8.1%, lo que representa 21% de incremento. En hombres la tasa fue de 10.6 y en mujeres de 9.0, ambas aumentaron respecto del año anterior en 23% y 20%, respectivamente. Es importante mencionar que, las cifras

preliminares generalmente son superiores a las definitivas de cada año en estas infecciones.

Gráfica 9
INDICADOR 1.17.10
Número notificado de adultos con úlcera genital en los últimos 12 meses



Fuentes: SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52/Datos preliminares, 2013 y 2014.

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

2.1 Personas que se inyectan droga: programas de prevención

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

Características del indicador

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

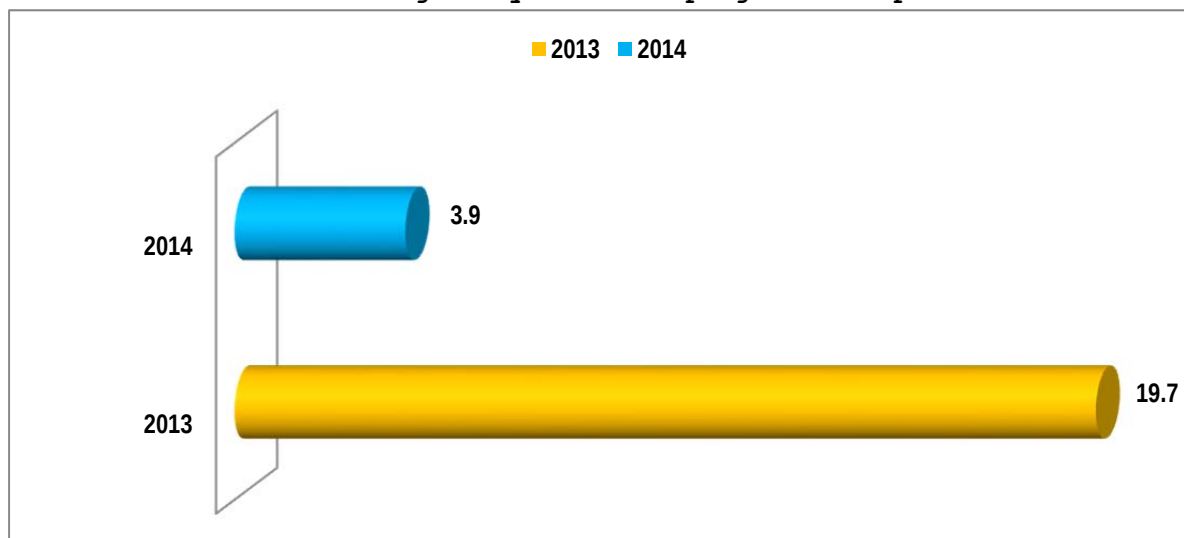
Metodología

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

Resultados

Para el reporte del número de usuarios de drogas inyectables en el país, se volvió a utilizar la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA 2011), la cual señala que 164,157 personas 12 a 65 años de edad declararon haberse inyectado algún tipo de droga ilegal. Las diferencias en el número de jeringuillas distribuidas por pudi entre los años de 2013 y 2014 (19.7 y 3.9, respectivamente), significan un decremento de 80% entre ambos años. Esta disminución sensible básicamente se debe a que dejó de operar el proyecto financiado por el Fondo Mundial en 2013, por ello el número de jeringas disminuyó notablemente.

Gráfica 10
INDICADOR 2.1
Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención



Fuente: Numerador:

- SS/Censida. Jeringas distribuidas en el 2014. México, marzo 2015.
 - Organismos de la Sociedad Civil con trabajo en drogas inyectables, Inspira Cambio, A.C., Integración Social Verter, A.C., Irapuato Vive, A.C., Centro de Servicios Scer, A. C., Programa Compañeros, A. C., Institución de Beneficencia Privada Fátima IBP, Misericordia y Vida para el Enfermo con Sida, A.C., Prevencasa, A.C.), Redumex Jeringas distribuidas en el 2013 y 2014. - SS/Programas Estatales en VIH/SIDA e ITS (Baja California, Chihuahua, Coahuila, Tamaulipas, Sonora, Zacatecas, Nuevo León, Sinaloa y D.F.-Clínica condesa). Jeringas distribuidas en el 2013 y 2014.

Denominador

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

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

La terapia de sustitución de opiáceos se ha sido evaluada como la terapia más efectiva para atender personas que se inyectan opioides como el único tratamiento eficaz para esta clase de consumo de drogas. Inclusive se sugirió que se ofrezca de manera generalizada cuando sea posible*. Además de reducir el consumo de drogas inyectables, se trata de disminuir esta conducta de elevado riesgo para la transmisión del VIH, junto a mejorar la condición de los consumidores para asumir el tratamiento del VIH, la tuberculosis y la hepatitis viral.

Características del indicador

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

Metodología

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

2.- La estimación de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (OST), se obtuvo preguntando al Centro Nacional contra las Adicciones (Cenadic), a los Centros de Integración Juvenil, A.C. y a servicios particulares de atención a consumidores de drogas por el número de personas atendidas en OST en el 2014. De los 16 servicios particulares considerados 28,397 personas. De la información proporcionada por los Centros de Integración Juvenil, 632 atendidos en 2 clínicas con este servicio.

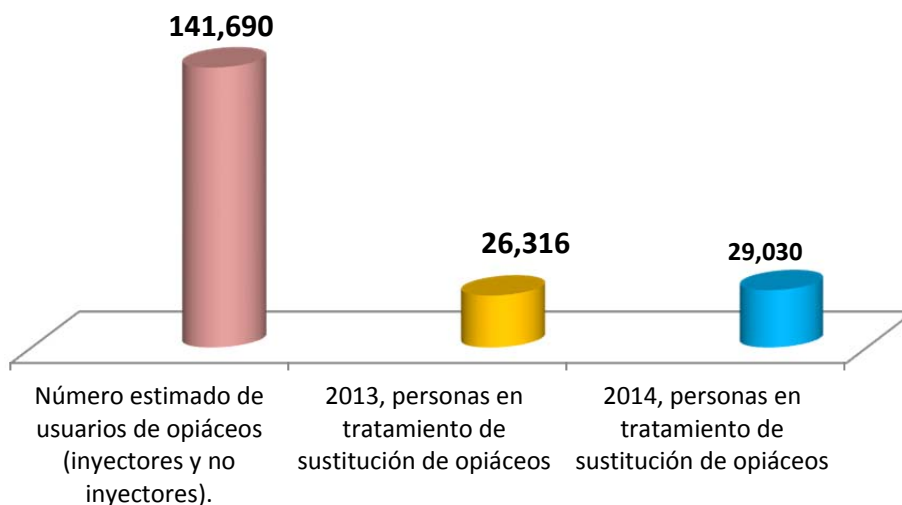
Resultados

Para el año 2014, se siguió utilizando la estimación de la ENA 2011, que fijó en un total de 141,690 usuarios de opiáceos en el país, a su vez, el

número estimado de personas en OST aumentó de 2013 y 2014 en 10.3%, al pasar de 26,316 a 29,029, debido a que una clínica particular tuvo aumento de pacientes admitidos en OST. Sin embargo, el porcentaje estimado de personas en terapia de sustitución de opiáceos (inyectores y no inyectores) apenas muestra un ligero aumento, al pasar de 18.6% a 20.5%, entre ambos años.

Gráfica 11
INDICADOR 2.6a y 2.6b

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



Fuentes: 1. SS/Conadic et. al. Usuarios de 12 a 65 años que se ha inyectado algún tipo de droga ilegal según sexo. En: Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Editor: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Primera Edición. México, 2012.
2. SS/Censida . Garpr 2015, clínicas de metadona concentrado 2014 y 2015. Censida . Dio. Archivo electrónico

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

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

Características del indicador

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

Metodología

1.NSP: Para contabilizar los programas de intercambio de jeringa se solicitó el número de estos servicios que instalaron u operaron en el 2013 organismos de la sociedad civil que trabajan con pudí, Programas Estatales en VIH, el Sida e ITS, Centros de Integración Juvenil y Centro Nacional contra las Adicciones (Cenadic). La diferencia con las cifras reportadas para 2013.

2.- OST: Se solicitó al Cenadic, Centros de integración Juvenil y servicios particulares de atención a consumidores de drogas, el número de clínicas o sitios que ofrecen terapia de sustitución de opiáceos que operan según la razón social consultada. Ambos servicios (de NSP y OST) están ubicados en áreas urbanas.

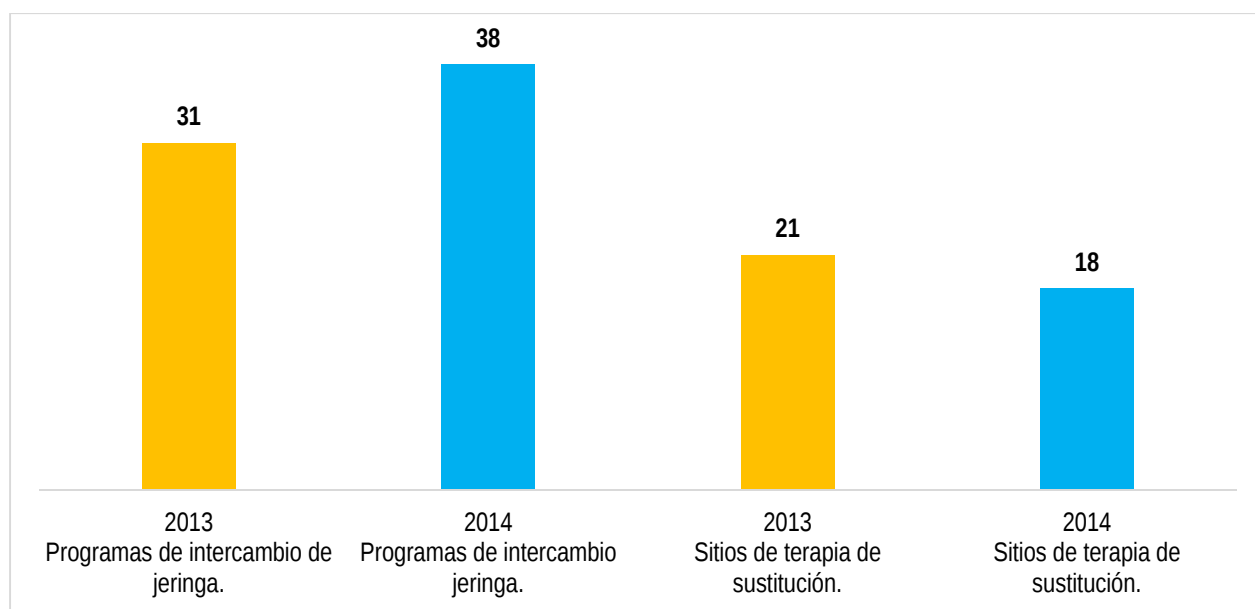
Resultados

Los programas de NSP se refieren a cualquier sitio donde se ofrece acceso a equipos limpios de inyección y a una eliminación segura de los mismos, a través de programas de intercambio fijo o móvil donde se proporcionan los servicios de forma gratuita. Se dio un ligero aumento de sitios de distribución gratuita de jeringas al pasar de 31 en el 2013 a 38 en el 2014

Para los OST, las empresas particulares proporcionaron información de la existencia de 16 centros de atención a usuarios de drogas que dan OST; los Centros de Integración Juvenil, A.C. mantuvieron el funcionamiento de 2 clínicas que dan tratamiento de sustitución de opiáceo. Hay una disminución de 3 clínicas posiblemente debido a que no tuvimos reporte del Cenadic.

Gráfica 12 INDICADOR 2.7a y 2.7b

Número de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringa y de terapia de sustitución



Fuentes:

1.- SS/CenSida . Clínicas de metadona concentrado 2014 y 2015.

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

3.1 Prevención de la transmisión materno-infantil

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

Características del indicador

Para obtener el porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales a efectos de reducir el riesgo de la transmisión vertical del VIH, se requiere contar con el número de embarazadas seropositivas que recibieron medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses para reducir el riesgo de transmisión durante el embarazo y el parto, además del número estimado de mujeres con VIH que dieron a luz en los últimos doce meses.

Metodología

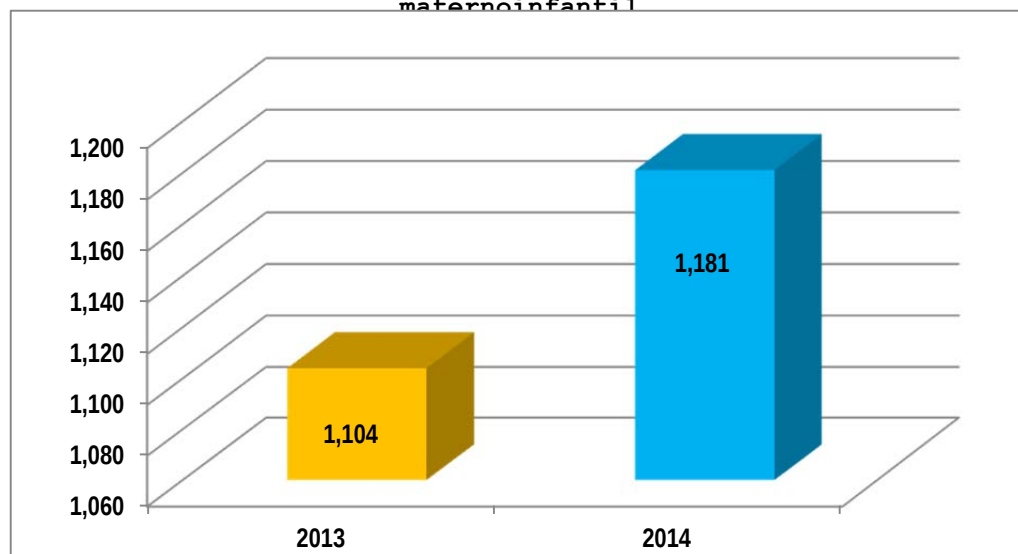
Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). El IMSS que, se estima atiende alrededor de 40% de las mujeres embarazadas en el país, no cuenta con la información completa del número embarazadas seropositivas que recibió medicamentos antirretrovirales durante los últimos doce meses, pues reporta un número muy bajo comparado con lo que se calcula debería atender; por ello, esta cifra se estimó asumiendo que las mujeres embarazadas en Tar siguen la misma distribución porcentual del número de personas en Tar.

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

Resultados

Atendiendo a esta metodología y supuestos aplicados, el número de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión vertical en el 2014 fue de 1,181. El porcentaje de cobertura se encuentra pendiente en virtud de que, aún no se cuenta con las estimaciones del modelo *Spectrum* para el denominador.

Gráfica 13
INDICADOR No. 3.1
Embarazadas seropositivas que reciben medicamentos
antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión
maternoinfantil



Fuente: Numerador: Ss/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: SS, Imss, Pemex, Sedena y Semar y el sector privado. 2013 y 2014
Denominador: Modelo Spectrum, pendiente

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

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

Características del indicador

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

Metodología

Para este indicador se utilizan las estimaciones de la herramienta de modelaje *Spectrum* del ONUSIDA , que al momento no se encuentran disponibles, por lo que no se presentan resultados al respecto.

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

La detección del VIH en las embarazadas proporciona la oportunidad de acceder a los demás servicios de prevención de la transmisión vertical.

Características del indicador

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

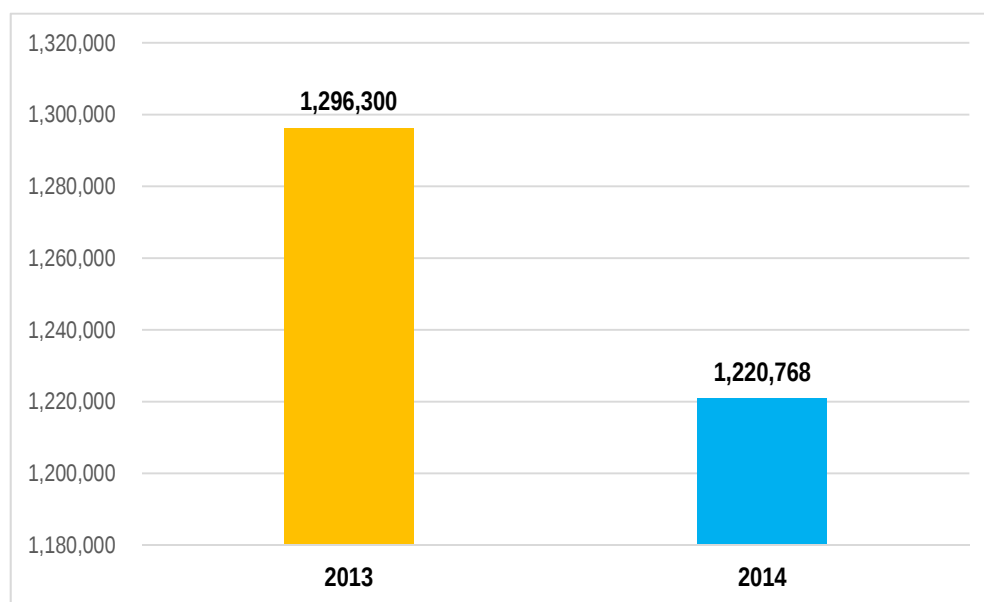
El denominador se obtiene mediante una estimación poblacional del número de embarazadas que han dado a luz en los 12 últimos meses, el cual se obtiene de las estimaciones de nacimientos del país ya que las proyecciones del organismo central de estadística, de la División de Población de las Naciones Unidas, no están disponibles al momento.

Resultados

No se dispone de la información completa para el cálculo de este indicador. En México, sólo se encuentra disponible el número de detecciones de VIH realizadas a mujeres embarazadas que acuden a control prenatal: 1,220,768, cuyo dato es 6% menor que el año pasado (1,296,300), las cuales se registran en los sistemas de información de las instituciones del sector salud (sólo sector público); sin embargo, no es posible identificar cuántas de ellas conocen sus estado serológico.

Gráfica 14
INDICADOR 3.4

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



Numerador: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: SS, IMSS, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013 y 2014.
Denominador: Onusida. Spectrum.

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

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

Características del indicador

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

Metodología

Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud pública que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (ConaSida). Para el denominador se utilizará sólo el 53% del número estimado de embarazadas seropositivas para el VIH según la estimación obtenida con la herramienta *Spectrum*, ya que esta fracción corresponde con lo que notificaron las instituciones incluidas en el numerador. Es decir, sólo se incluye información de: SS, ISSSTE y PEMEX que atienden alrededor del 53% del total de mujeres embarazadas en el país.

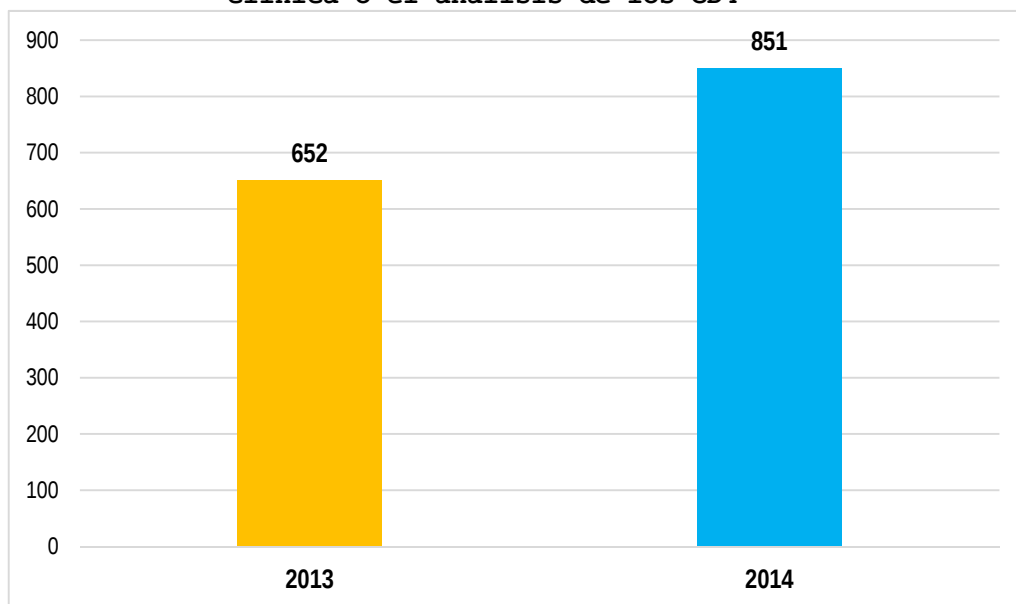
Resultados

El número estimado de embarazadas seropositivas para el VIH aún no se encuentra disponible, debido a que las proyecciones del modelo *Spectrum* no han sido concluidas; sin embargo, el número de mujeres embarazadas infectadas con VIH evaluadas para recibir terapia antirretroviral en los últimos 12 meses fue de 851, que corresponden

sólo a la SS, ISSSTE y Pemex; de las cuales el 89% fueron evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante el análisis de los CD4; este porcentaje se incrementó respecto del año anterior, el cual fue 65% mujeres embarazadas evaluadas mediante CD4.

Gráfica 15
INDICADOR 3.6

Embarazadas seropositivas para el VIH evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4



Numerador:SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, ISSSTE y PEMEX. Datos preliminares 2013 y 2014.
Denominador: ONUSIDA y CENSIDA. Modelo Spectrum.

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

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

Características del indicador

Se busca contar con el número de mujeres embarazadas con al menos una visita a la consulta de atención prenatal durante el año 2014, periodo que abarca el reporte.

Metodología

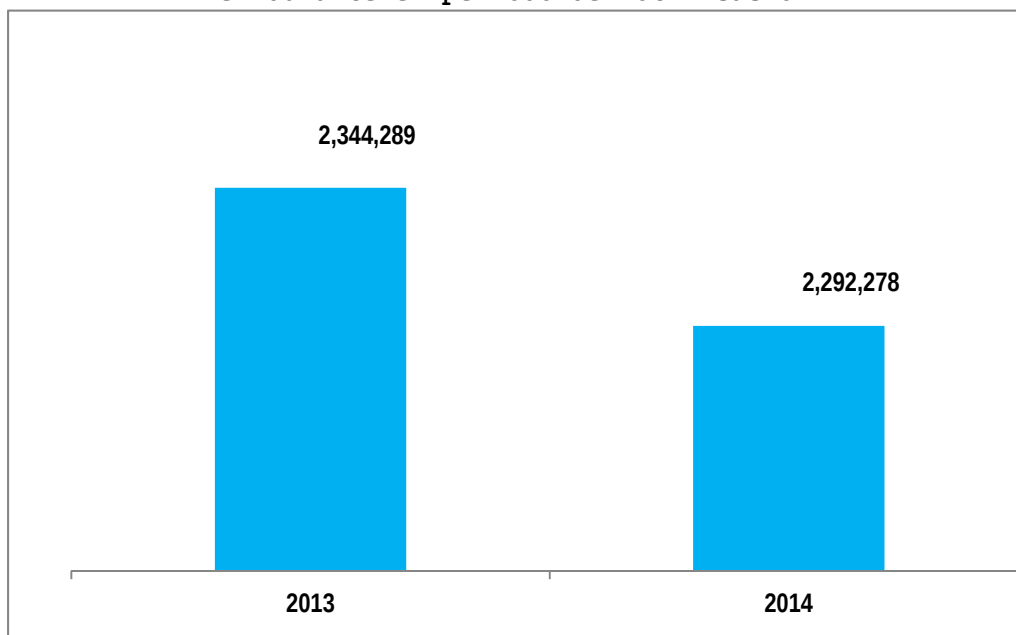
La información utilizada proviene de las estimaciones de nacimientos vivos, realizadas por el país, a las cuales se les aplica el porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal. Lo anterior, en virtud de que, el número de consultas de primera vez (proxy del número de mujeres embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el año) tiene problemas de sub-registro o sobre-registro, en dependencia de la institución del sector salud público que se trate.

Resultados

El número de estimado de mujeres embarazadas en el año 2014 fue: 2,292,278 y de ellas el 95.2% recibió atención prenatal por médico (ENSANUT 2012).

Gráfica 16
INDICADOR 3.11

Mujeres que acudieron a servicios de atención prenatal al menos una vez durante el periodo de notificación



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

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

La terapia antirretrovírica reduce la morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH, así como su transmisión. En los últimos años, las directrices sobre los criterios de elegibilidad para el inicio de la terapia antirretrovírica han cambiado continuamente y las directrices nacionales no siempre coinciden con las directrices mundiales.

En este sentido, la cobertura de tar se ha notificado tanto basada en directrices mundiales, como en nacionales.

Cuando las directrices se modifican para incluir a más personas que viven con el VIH, disminuyen los valores de cobertura de los países. A fin de evitar múltiples valores de cobertura de terapia antirretroviral, el número de personas que siguen esta terapia se presentará en relación con el número total de personas que viven con el VIH.

Características del indicador

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

Metodología

Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, el SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y

Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (ConaSida), desagregadas por sexo y edad. A partir del Registro Nacional de Casos de Sida se hace una estimación del sector privado, aplicando la distribución porcentual de los casos diagnosticados en este sector, bajo el supuesto de que conservan la misma distribución por sexo y edad que el sector público.

Los datos del denominador corresponden a estimaciones realizadas con la herramienta de modelaje *Spectrum*, respecto del número de personas que viven con VIH. Para lograr que este indicador sea comparable entre países, los informes mundiales presentaran la cobertura de las terapias antirretrovíricas para adultos y niños como un porcentaje de todas las personas que viven con el VIH; por lo cual las cifras resultantes en este indicador no podrán ser comparables para años anteriores a 2013 (año en el que se comenzó a utilizar este denominador).

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

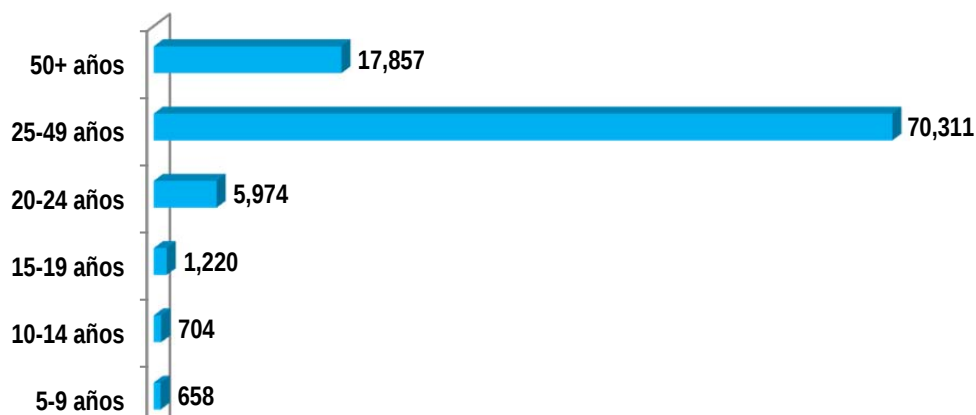
Resultados

En el 2014, 97,541 personas que viven con VIH se encuentran en tar en el país; de las cuales 79% son varones y 21% mujeres, hay 16 personas cuyo sexo es desconocido, pero representan menos del 0.1% del total de personas en tar. El 98% son personas de 15 años o más y el resto son menores de 15 años.

Respecto de las personas que ingresaron a tar en el año, estas fueron 13,226, de los cuales el 80% son varones y el 20% mujeres. La distribución por grupos de edad también es similar a la del total de personas en tar: 97% (15 años o más) y 3% (menores de 15 años).

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

Gráfica 17
INDICADOR No. 4.1
Adultos y niños que recibe actualmente tratamiento antirretrovírico



Fuente: Numerador: Ss/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: Ss, Imss, ISSSTE, Pemex, Sedena y Semar. Datos preliminares, cierre 2014. Ss/Censida. Estimaciones del sector privado.
Denominador: Los datos provienen de las estimaciones del modelo de Onusida. Spectrum XXX.

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

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

Características del indicador

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

Metodología

A medida que los pacientes comienzan la terapia antirretroviral, deben recopilarse datos de cohorte mensuales que han completado por los menos 12 meses de tratamiento.

Se considera la siguiente desagregación de pacientes según condición:

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

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

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

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

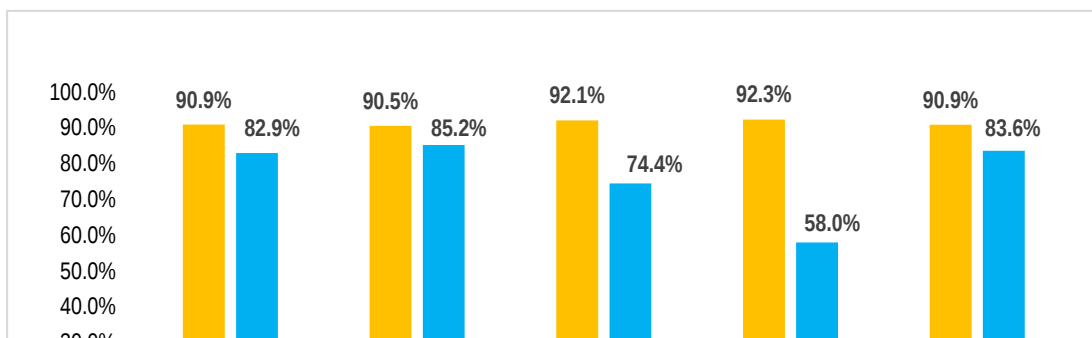
La información se solicitó al Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS. La información que se presenta fue proporcionada por: SS, Pemex, Sedena y Semar, que representan alrededor del 68% del total de personas en Tar (incluye sector público y privado).

Resultado

La supervivencia general fue de 82.9%, las mujeres continúan en 74.4% de los casos, los hombres 82.9%, menores de 15 años en 58% y mayores de 15 años 83.6%. Las cifras del 2015 respecto del informe 2015 (90.9%) variaron significativamente.

Gráfica 18
INDICADOR No. 4.2a

Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 12 meses después de iniciarlo



Fuente: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, Pemex, Sedena y Semar. Datos preliminares, cierre 2013 y 2014.

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

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

Características del indicador

Se trata de observar los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños al mantenerlos en terapia antirretroviral a los 24 meses de iniciar el tratamiento.

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

Se considera la siguiente desagregación de pacientes según condición:

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

En el numerador deben incluirse los pacientes adultos y niños sigan con vida y en terapia antirretroviral 24 meses después del inicio del

tratamiento. Para poder realizar una interpretación completa de la supervivencia deben recabarse los siguientes datos:

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

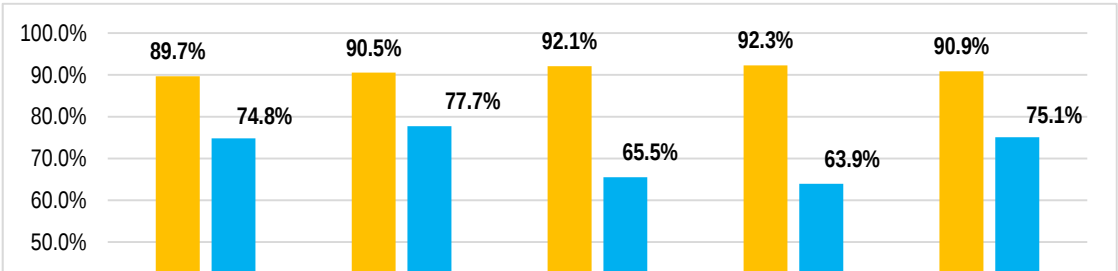
Para incluirlos en el numerador, no es necesario que los pacientes hayan seguido una terapia antirretroviral de forma constante durante los 24 meses del periodo. Los pacientes que hayan faltado a una o dos visitas o a recoger los medicamentos, y que hayan suspendido temporalmente el tratamiento durante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

Resultado

El número de adultos y niños que siguen el tratamiento antirretroviral a los 24 meses después de iniciar el tratamiento fueron 7,564; lo que respecto a la población que inicio tar dos años antes (10110), da un porcentaje de supervivencia y en tratamiento a 24 meses de 74.8%.

Las cifras 2015 respecto del Informe GARPR anterior (89.7%) desciende marcadamente.

Gráfica 19
INDICADOR No. 4.2b
Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 24 meses después de iniciarlo



Fuente: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, Pemex y Sedena. Datos preliminares, cierre 2013 y 2014.

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

Características del indicador

Se trata de observar los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños al mantenerlos en terapia antirretroviral a los 60 meses de iniciar el tratamiento.

Metodología

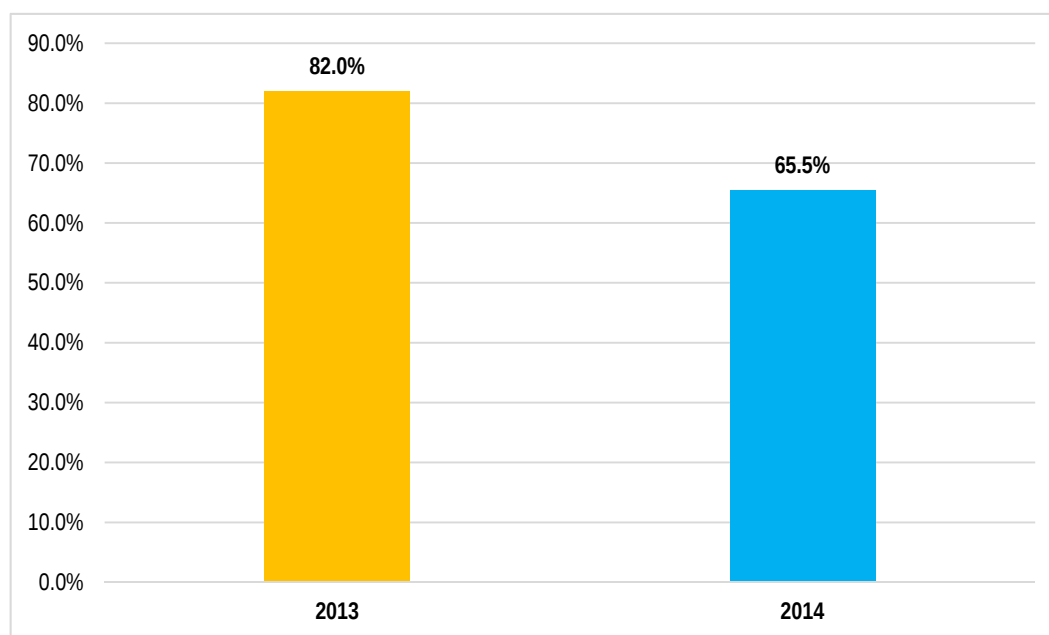
A los 60 meses: número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral y de quienes se esperaban resultados a los 60 meses dentro del periodo de notificación (o 60 meses después del periodo de inicio especificado), incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 60 meses. La evaluación de los resultados a los 60 meses debe incluir a todos los pacientes que iniciaron el tratamiento hace 5 años.

Resultado

El número de adultos y niños que siguen en tratamiento antirretroviral a 60 meses después de iniciarlo fueron 4,348, que con respecto a los que iniciaron el 5 años antes (6,636), da un porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en TAR 60 meses después del inicio del tratamiento de 65.5%.

El porcentaje en 2014 (65.5%) muestra un decremento significativo en la supervivencia al quinto año de TAR.

Gráfica 20
INDICADOR No. 4.2c
Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 60 meses después de iniciarlo



Fuente: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, Pemex, Sedena y Semar. Datos preliminares, cierre 2014.

4.3a Número de establecimientos de salud que ofrece TAR

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

Características del indicador

La capacidad de los establecimientos de salud para proporcionar TAR, expresada como el número de establecimientos de salud que ofrecen el

TAR (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico) y su distribución por sector público y privado.

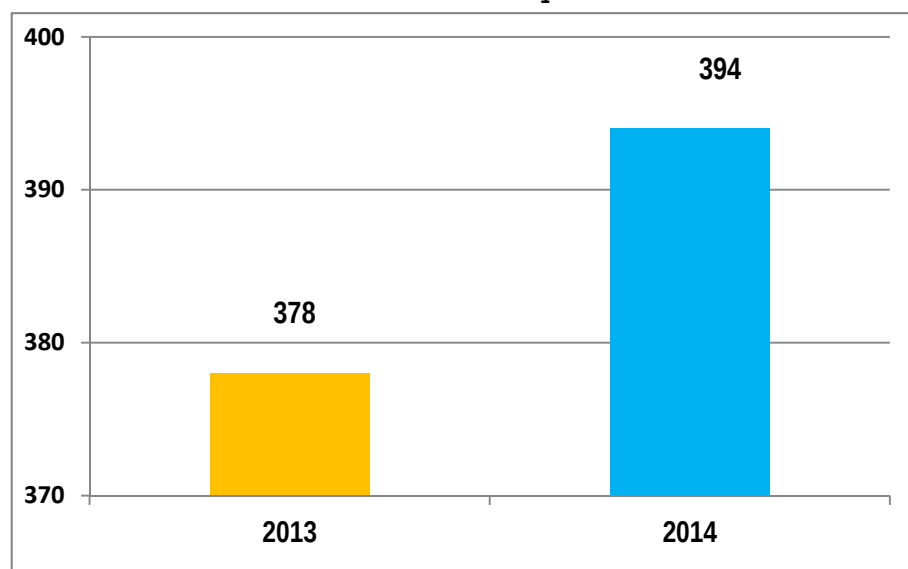
Metodología

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

Resultado

De acuerdo con el Grupo de Información Sectorial del CONASIDA , el número de establecimientos de salud que ofrecieron TAR en el 2014 fueron 394 en el sector público, que comparado con los 378 de año anterior, se observa un incremento de 4.2%. No hay datos de centros privados.

Gráfica 21
INDICADOR No. 4.3a
Establecimientos de salud que ofrecen TAR



Fuente: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: SS, Imss, ISSSTE, Pemex, Sedena y Semar 2013 y 2014.

4.3b Establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico

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

Características del indicador

Delata la capacidad de los establecimientos de salud para facilitar TAR expresada como el número de establecimientos que ofrecen TAR pediátrico (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico) y su distribución por sector público y privado.

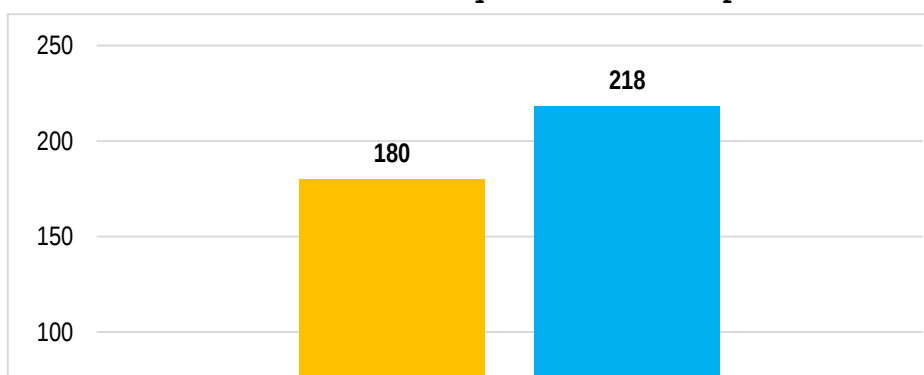
Metodología

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

Resultado

El total de establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico (es decir, que prescriben medicamentos o proporcionan seguimiento clínico) en el 2014 fue de 218, que al compararlos con los 180 del año previo, da un porcentaje de aumento de 21.1%. No se dispone de información de establecimientos privados.

Gráfica 22
INDICADOR No. 4.3b
Establecimientos de salud que ofrecen TAR pediátrico



2013	2014
180	218

Fuente: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: SS, Imss, ISSSTE, Pemex, Sedena y Semar. Datos 2013 y 2014.

4.4 Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los ARV requeridos en los 12 últimos meses

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

Características del indicador

El porcentaje de establecimientos de salud que dispensan antirretrovirales y que ha experimentado el desabastecimiento de al menos uno de los medicamentos ARV en el 2014.

Metodología

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

Resultado

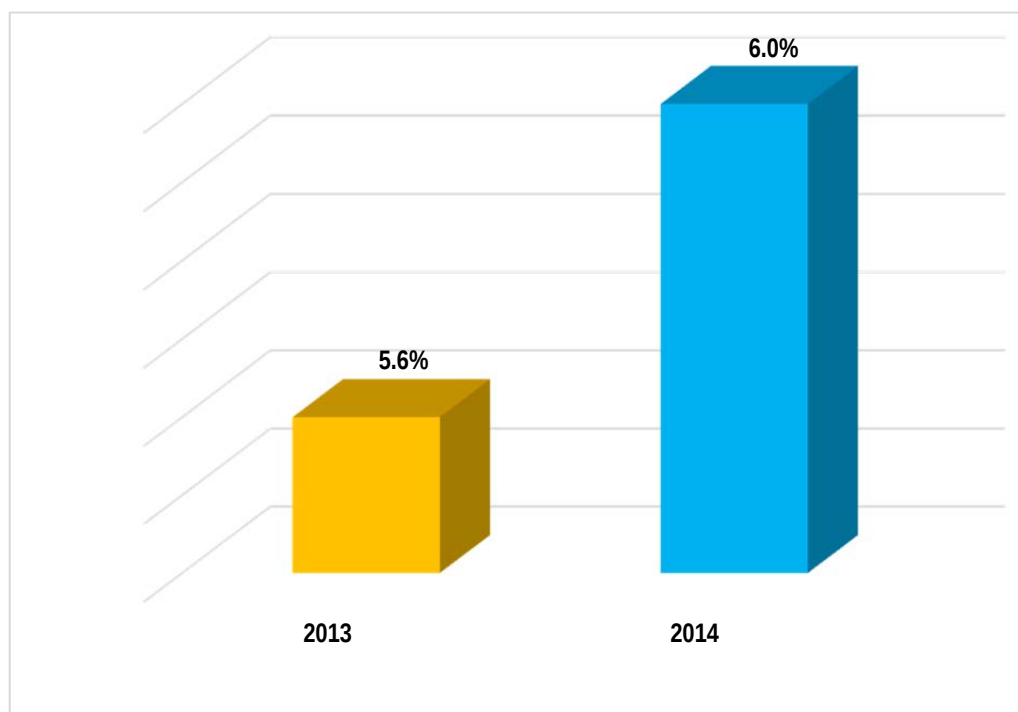
El número de establecimientos de salud que dispensan ARV y experimentaron desabasto fueron 14, de los 266 que constituye el denominador (se reduce en virtud de que, el IMSS no proporcionó cifras sobre este indicador, por no contar con información

disponible, por lo que se excluye del numerador y denominador); lo que representa un 5.3% de unidades con desabasto de medicamentos. En el anterior informe GARPR, se reportó 5.6% de establecimientos en donde se produjo desabasto parcial de algunos medicamentos, en el cual tampoco hubo reporte por parte del IMSS.

Gráfica 23

INDICADOR No. 4.4

Porcentaje de establecimientos de salud que suministran antirretrovirales y que en los 12 últimos meses han presentado desabastecimiento de por lo menos un antirretroviral necesario



Fuente:

SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013 y Datos 2014.

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

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

Características del indicador

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

Metodología

La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida): incluye información del sector público: SS, PEMEX, SEDENA y SEMAR, que representa el 68% del total de personas en TAR.

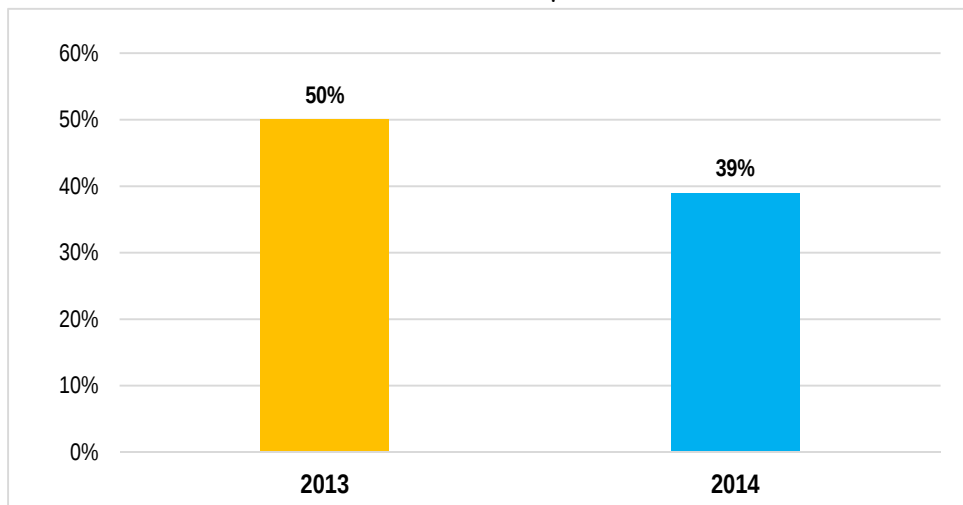
Resultado

En el 2014, el porcentaje de personas seropositivas para el VIH con primer recuento de células CD4 menor a 200 células/ μ L fue de 39%, con alrededor de 4,636 personas a las que se realizó un primer recuento de células y sus resultados fueron menor a 200 células de las 11,884 que se realizaron su primer recuento.

Esta cifra es significativamente menor a lo reportado en el 2013, en donde se estableció un 50% de personas con VIH con diagnóstico tardío. Las diferencias entre un año y otro, se deben a que el ISSSTE reportó el año previo una cifra muy elevando de personas a las que se les realizó un primer recuento de linfocitos CD4 menor a 200 células/ μ L (83% diagnóstico tardío de 5,545 personas con primer recuento en el año) lo que marca diferencias significativas, respecto del presente año. Sin utilizar las cifras del ISSSTE, este indicador el año pasado hubiera salido en 35%.

En el año 2012, año en el que se solicitaba el indicador por la primera vez, la cifra fue de 50%, lo cual se debió básicamente a las cifras de la Secretaría de Salud, que tenía valor 50.3% y aportaba la mayor cantidad de personas incluidas en el numerador y denominador de este indicador.

Gráfica 24
INDICADOR No. 4.5
Porcentaje de personas seropositivas para el VIH
con un primer recuento de células CD4 de < 200
células/ μ L



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013 y 2014.

4.6 Atención de la infección por el VIH: Tratamiento ARV

4.6.a Número total de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH a fines del periodo de notificación

4.6b Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el periodo de notificación

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

Características del indicador

Este indicador recopila el número de personas que están registrados en servicios de atención de la infección por el VIH en espera de iniciar el tratamiento antirretroviral o que ya están recibiendo el tratamiento durante el año de notificación.

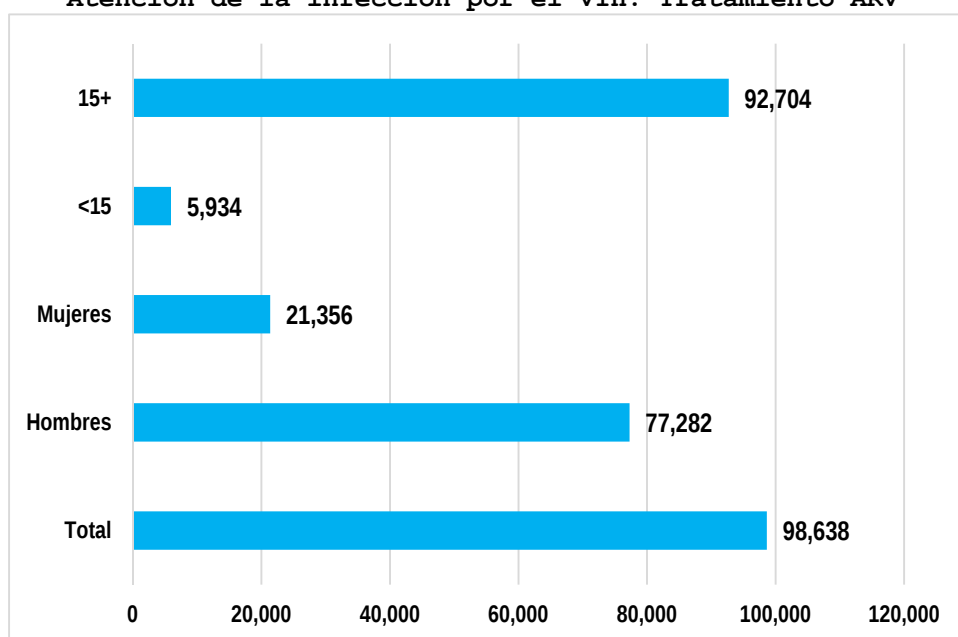
Metodología

La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida). Para el indicador 4.6a se incluyó información del sector público: SS e IMSS. Para el indicador 4.6b, se incluyó información sobre SS, IMSS, ISSSTE, Pemex y Semar.

Resultados

En el 2014, el número total de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH a fines del periodo de notificación fue de 98,638 (78% hombre y 22% mujeres; 6% menores de 15 años y 94% de 15 años o más): Por otra parte, el número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el periodo fue de 18,655 (75% hombre y 25% mujeres; 7% menores de 15 años y 93% de 15 años o más).

Gráfica25
INDICADOR No. 4.6
Atención de la infección por el VIH: Tratamiento ARV



SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público, aproximadamente el 99% de las personas en atención. Datos preliminares, cierre 2013 y 2014.

4.7 Supresión viral

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

La medición de la supresión viral (carga viral ≤ 1000 copias/ml) es un indicador

programático clave que indica un tratamiento eficaz. Según las directrices de la OMS del 2013 sobre el tratamiento antirretroviral, el fracaso terapéutico se define como un nivel de >1.000 copias/ml.

Características del indicador

La carga viral de los pacientes que reciben atención puede usarse como un indicador de la calidad de la atención con respecto a la población en atención. Si se mide con el transcurso del tiempo, debería reflejar el acceso a la atención de salud, la aceptación y el cumplimiento del tratamiento antirretroviral y el seguimiento clínico adecuado de la carga viral.

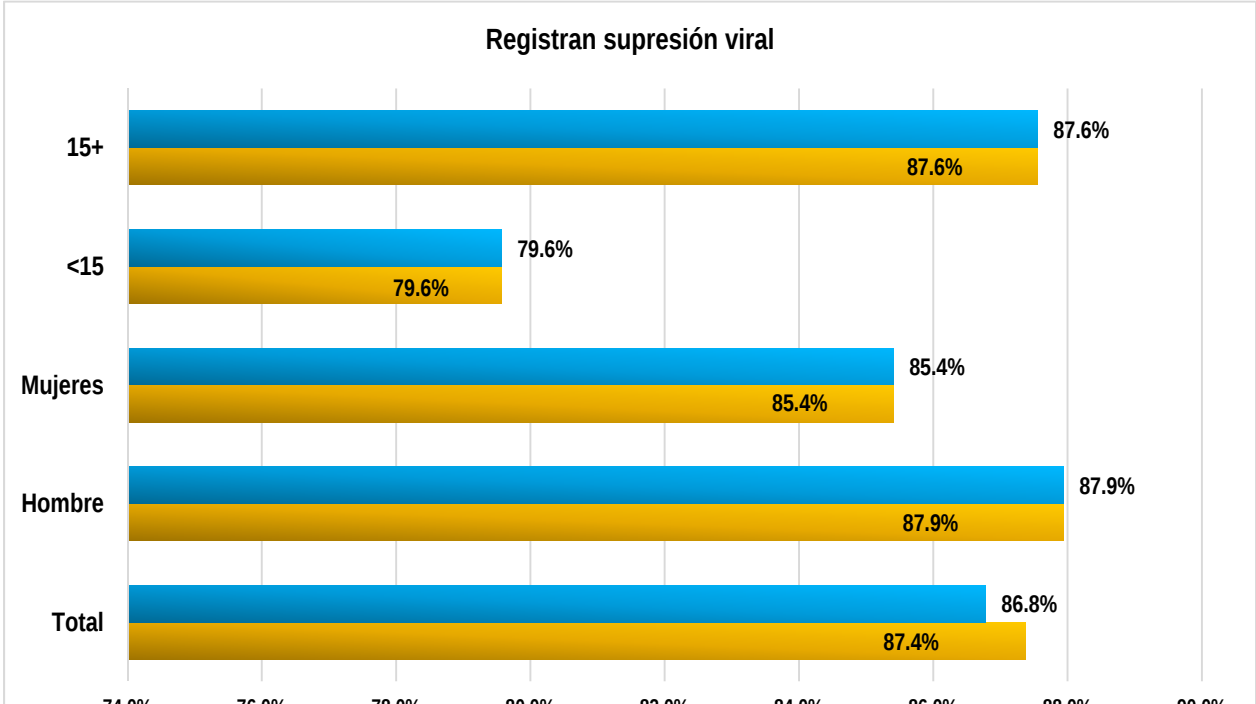
Metodología

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parten del Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conasida): SS, Pemex y Sedena, que representan al 68% del total de personas en TAR.

Resultado

El 86.8% de los pacientes en TAR registraron supresión de carga viral, dato muy parecido a la cifra reportada el año anterior (87.4%), no existen diferencias por sexo, pero si por grupos de edad, siendo los infantes menores de 15 años de edad los que presentaron un porcentaje bajo:75.6%, lo que habla de intensificar en ellos mejoras en la detección y tratamiento.

Gráfica 26
INDICADOR No. 4.7a.
Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación que registraron supresión viral



Fuentes: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información de: SS, PEMEX y SEDENA, que representan al 68% del total de personas en TAR. Datos 2014.
SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información de: SS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, que representan al 71.0% del total de personas en TAR. Datos 2013.

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

Características del indicador

Se trata de conocer el número de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral tras 12 meses de tratamiento que muestran supresión (es decir, ≤ 1.000 copias) durante el periodo de notificación.

Metodología

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida). Se incluye información de: SS, PEMEX y SEDENA, que representan al 68% del total de personas en TAR.

Las cifras del 2013, se reportaron con información de toda persona con 12 meses o más en tar y no exclusivamente con 12 meses en tar, por esta razón, las cifras no son comparables con 2014.

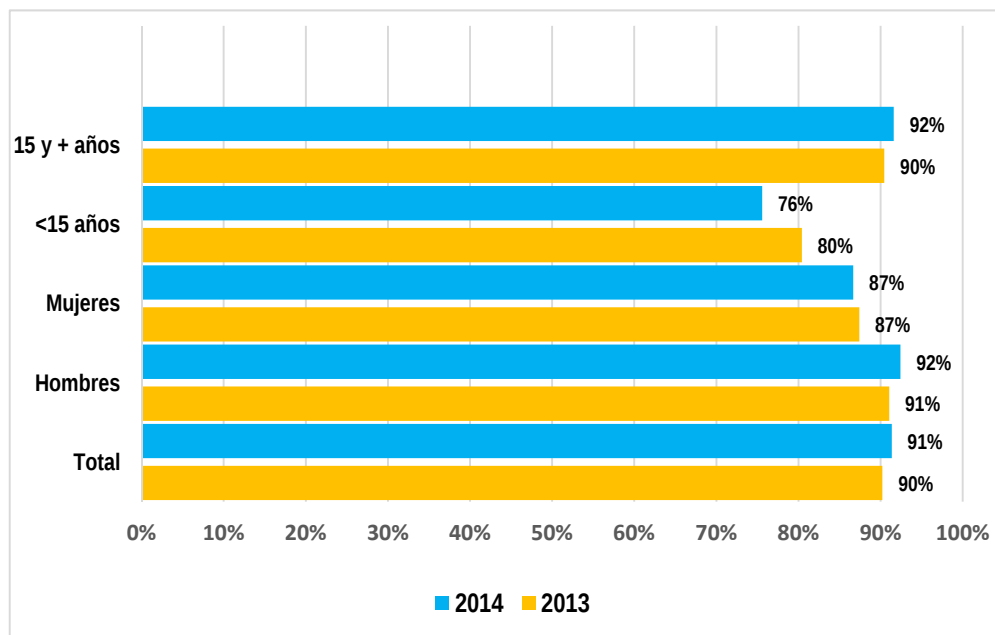
Resultado

El porcentaje de personas a las que se les realizó la prueba de la carga viral tras 12 meses de tratamiento y que muestran supresión (es decir, ≤ 1.000 copias) durante el periodo de notificación fue de 91.4%. Sin embargo, los menores de 15 años de edad muestran

porcentajes de respuesta inferiores a la media general (75.6%). En el pasado informe no se reportaron cifras comparables.

Gráfica 27
INDICADOR No. 4.7b.

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



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información de: SS, PEMEX y SEDENA, que representan al 68% del total de personas en TAR. Datos 2014.

4.7c Porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba de la carga viral que registran una carga viral indetectable en el periodo de notificación

Características del indicador

Se trata de conocer el número personas en tratamiento antirretroviral a las que se les realizó la prueba para determinar la carga viral en el periodo de notificación cuya carga viral fue indetectable (por ejemplo, ≤ 50 copias).

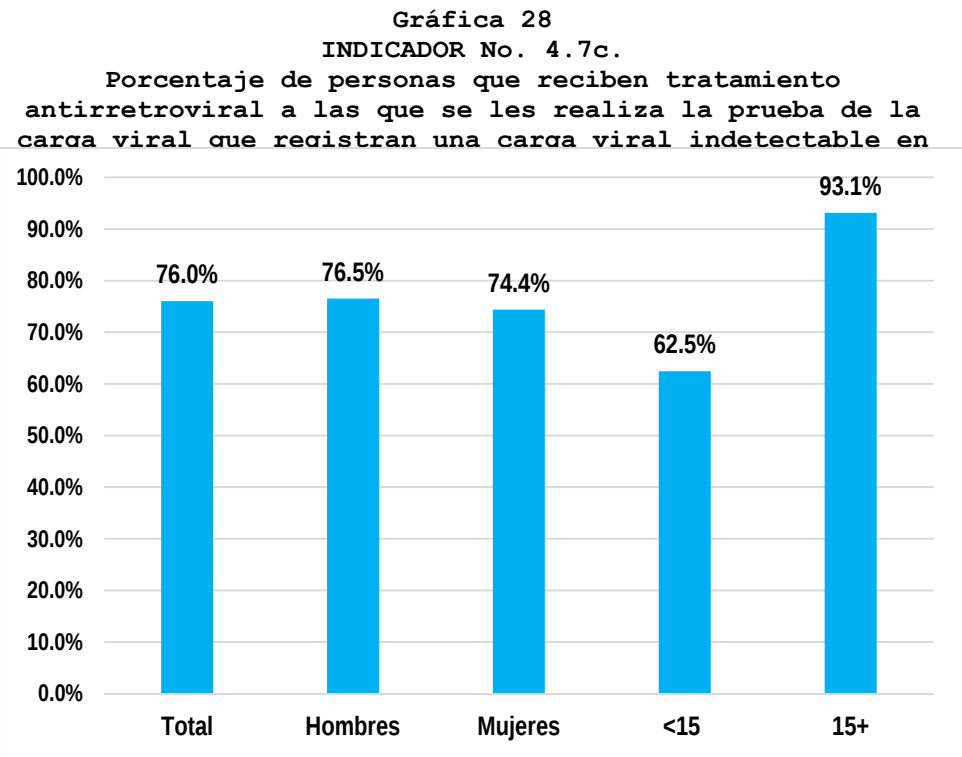
Metodología

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en

VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida). Se incluye información de: SS, PEMEX y SEDENA, que representan al 68% del total de personas en TAR.

Resultado

El porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba de la carga viral que registran una carga viral indetectable en el periodo de notificación fue de 76.0%. Nuevamente, los menores de 15 años de edad muestran porcentajes de respuesta inferiores a la media general (62.5%). En el pasado informe no se reportaron las cifras en este indicador, por lo que no se puede observar la evolución del mismo.



SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información de: SS, PEMEX, SEDENA. Datos 2013 y 2014.

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

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

La tuberculosis (TB) es la principal causa de morbilidad y mortalidad de las personas que viven con el VIH, incluidas aquellas que están en terapia antirretrovírica. Aumentar la detección de casos nuevos y el acceso al diagnóstico y tratamiento de calidad de la tuberculosis, según las directrices nacionales e internacionales, es fundamental para mejorar la calidad y la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH.

Características del indicador

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

Metodología

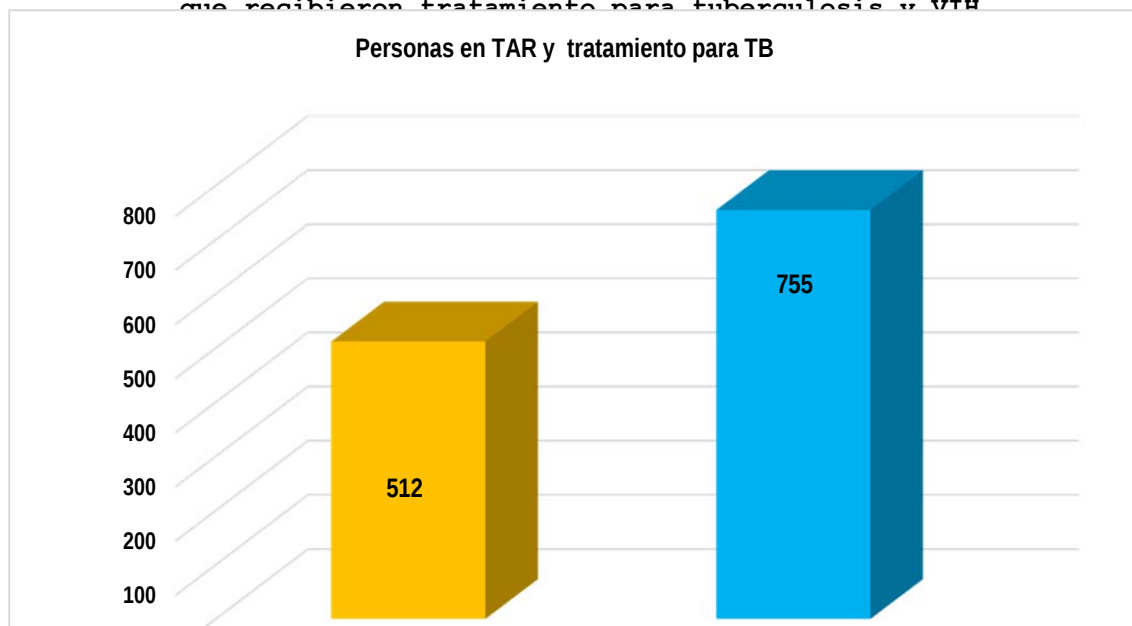
La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, el SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conasida). Se incluye información de: SS, IMSS, PEMEX, SEDENA y SEMAR que representan 99% del total de personas en TAR (incluye sector público y privado).

Resultado

Únicamente se cuenta con datos del numerador que indica el número de adultos y niños seropositivos que ha recibido terapia antirretrovírica de combinación según el protocolo aprobado y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis: 755: 634 son hombres, 121 mujeres y según edad 10 son menores de 15 años y 745 de 15 años o más. En el reporte anterior el total de casos de coinfección por el VIH y la tuberculosis en tratamiento fue de 512, lo cual representa un porcentaje de incremento de 32%, de 2013 a 2014.

Gráfica 29
INDICADOR No. 5.1.

Casos incidentes de tuberculosis estimados en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH



Fuentes: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2014.
SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: SS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2013.

5.2 Porcentaje de personas seropositivas que se han incorporado por primera vez en la atención para el VIH a las que se les detectó tuberculosis activa

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

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

Características del indicador

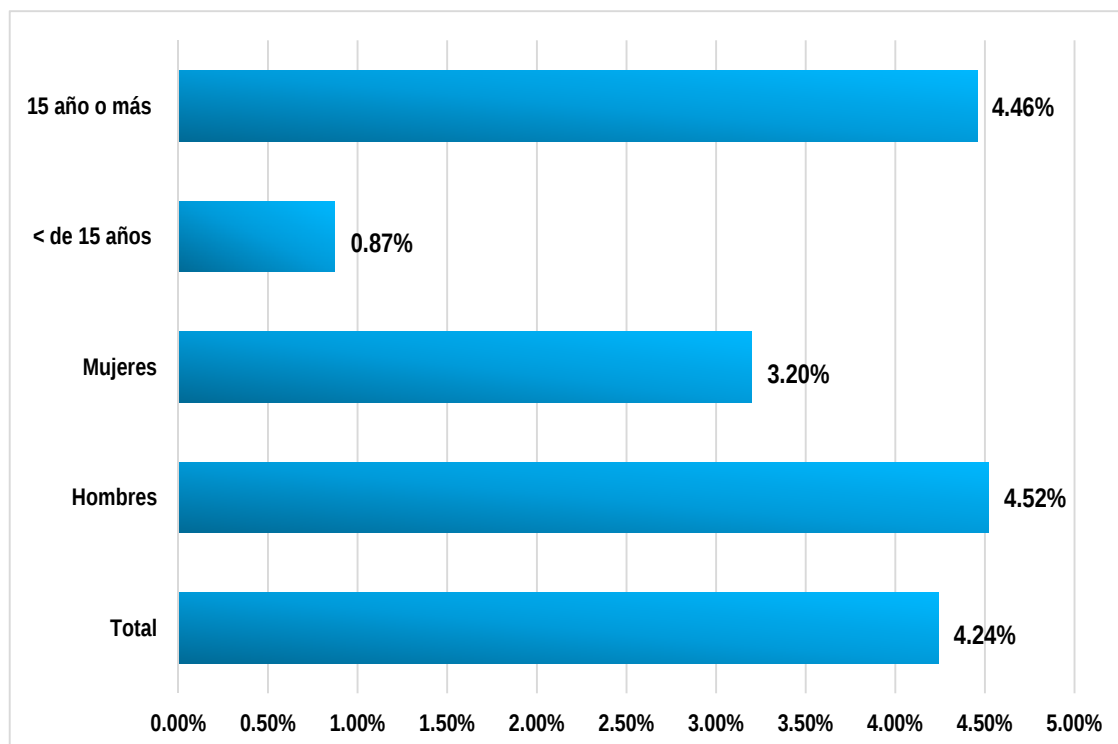
Mide la carga de la tuberculosis activa en las personas seropositivas que ingresan por primera vez en la atención de la infección por el VIH y la magnitud del esfuerzo para detectar pronto la tuberculosis asociada al VIH.

Resultados

El porcentaje de personas seropositivas incorporadas por primera vez en la atención para el VIH a las que se les detectó tuberculosis activa, durante el periodo de notificación fue de 4.24%. Las mujeres y los menores de 15 años de edad muestran porcentajes inferiores del 3.4% y 0.87%, respectivamente.

Gráfica30
INDICADOR No. 5.2

Porcentaje de personas seropositivas que se han incorporado por primera vez en la atención para el VIH a las que se les detectó tuberculosis activa



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información de: SS, IMSS, PEMEX, SEDENA, SEMAR. Datos 2014.

5.3 Porcentaje de personas que viven con el VIH que se incorporaron Por primera vez en la atención de la infección por el VIH que han iniciado terapia preventiva con isoniazida

Procurar que las personas seropositivas que reúnen los criterios para recibir tratamiento de la tuberculosis latente lo reciban, se reduce y reducir con ello la incidencia de la tuberculosis en las personas seropositivas.

Características del indicador

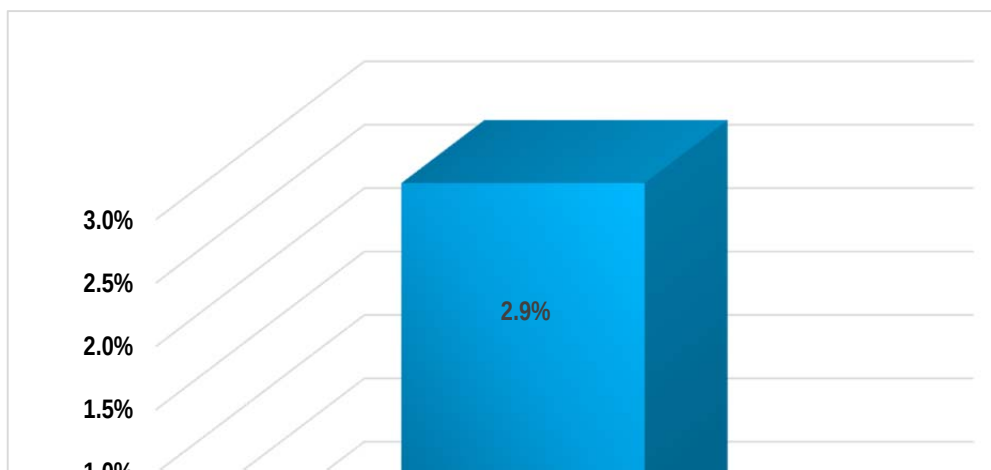
Es el porcentaje de personas que viven con el VIH incorporadas por primera vez en la atención de la infección por el VIH que comenzaron tratamiento de la tuberculosis latente, con terapia preventiva con isoniazida.

Resultados

El porcentaje de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH y que inician profilaxis con isoniazida es del 2.9%. En el pasado informe no se reportaron cifras comparables.

Gráfica 31
INDICADOR No. 5.3

**Porcentaje de adultos y niños incorporados por primera vez
en la atención de la infección por el VIH (que inician
profilaxis con isoniazida)**



Fuente: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información de: SS, IMSS, PEMEX, SEDENA, . Datos 2014.

BLIOGRAFÍA

Asistencia Médica Contra la Adicción S de RL de CV, Centros de Integración Juvenil, A.C., Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones SA DE CV y Profesionales Contra la Adicción SA de CV. Estimado de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos 2014. México, marzo 2015.

SS/Cenadic. Clínicas de metadona y usuarios de opiáceos. Datos al 31 de diciembre 2011.

SS/ Censida. Programa de Acción Específico en respuesta al VIH, el Sida e ITS, 2013-2018. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS). México, 2014.

SS/ Censida. Informe Nacional de Avances en respuesta al VIH y el Sida: México 2014. México, abril 2014.

SS/Censida. Jeringas distribuidas en el 2014. México, marzo 2015.

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

SG/Conapo. Proyecciones de la Población de México 1990 - 2030: totales y por condición de derechohabencia.

SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación. Datos preliminares 2013 y 2014.

SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana- 52. Datos preliminares, 2013 y 2014.

SS/DGE. SINAVE. Sistema de Notificación Semanal. Datos definitivos 2013 y 2014.

SS/DGIS. SEED 2014. Datos preliminares 2014.

SS/DGIS. Sistema Informativo de Nacimientos 2014 (SINAC). Datos proporcionados por: SS/CNEGSR.

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 2014.

SS/INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México, 2012

SS/Programas Estatales en VIH, el Sida e ITS (Baja California, Chihuahua, Coahuila, Tamaulipas, Sonora, Zacatecas, Nuevo León, Sinaloa y D.F.-Clínica condesa). Jeringas distribuidas en el 2014 y . México, marzo 2015.

Onusida. Directrices. Presentación de informe sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2015 (versión en español). Ginebra, diciembre 2014.

Onusida. The Gap Report. Ginebra, 2014

Organismos de la Sociedad Civil con trabajo en drogas inyectables: Inspira Cambio, A.C., Integración Social Verter, A.C., Irapuato Vive, A.C., Centro de Servicios Scer, A. C., Programa Compañeros, A. C., Institución de Beneficencia Privada Fátima IBP, Misericorida y Vida

para el Enfermo con Sida, A.C., Prevencasa, A.C.), Redumex. Jeringas distribuidas en el 2014. México, marzo 2015.

ANEXO I:

Preguntas de política y programáticas de la OMS (UA)

Composición del Cuestionario	
Secciones	Responsable
A. Pruebas de detección del VIH y orientación conexas	DAI
B. Tratamiento antirretroviral (TAR)	DAI
C. Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)	DAI
D. Infecciones de transmisión sexual (ITS)	DAI
E. Grupos poblacionales	DPPS
G. Profilaxis previa y posterior a la exposición	DAI
H. Vigilancia	DIO
I. Seguimiento y evaluación	DIO
J. Farmacorresistencia del VIH	DAI
K. Vigilancia de la toxicidad	DAI
L. Planificación y revisión estratégicas	DIO
M. Reproductive Health and Research	DPPS

A. Pruebas de detección del VIH y orientación conexa - México - 2014

1) Poblaciones: ¿Incluyen las directrices sobre asesoramiento y pruebas del VIH actuales a las siguientes poblaciones?

Niños

- **Sí** No Desconocido

Adolescentes

- **Sí** No Desconocido

Poblaciones clave Haga referencia a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, reclusos, usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y personas transgénero.

- Sí** No Desconocido

2) Asesoramiento y pruebas iniciados por proveedores. ¿Recomiendan las directrices sobre asesoramiento y pruebas del VIH actuales el asesoramiento y pruebas iniciados por proveedores para...?

todos los contactos médicos

- **Sí** No Desconocido

todas las mujeres embarazadas

- **Sí** No Desconocido

todos los pacientes pediátricos

- **Sí** No Desconocido

todos los pacientes de clínicas de tuberculosis

- **Sí** No Desconocido

todos los pacientes de clínicas de infecciones de transmisión sexual

- ☒ Sí ☐ No ☐ Desconocido

todas las personas que acuden a servicios de hepatitis

- ☒ Sí ☐ No ☐ Desconocido

todas las poblaciones clave que acuden a servicios clínicos específicos para ellas

- ☒ Sí ☐ No ☐ Desconocido

otras poblaciones

- ☒ Sí ☐ No ☐ Desconocido

ESPECIFIQUE: Mujeres con CaCu, hombres y mujeres abusados sexualmente, migrantes

3) Pruebas basadas en la comunidad. ¿Recomiendan las directrices sobre asesoramiento y pruebas del VIH actuales lo siguiente?

asesoramiento y pruebas del VIH basadas en la comunidad

- ☒ Sí ☐ No ☐ Desconocido

uso de pruebas rápidas

- ☒ Sí ☐ No ☐ Desconocido

uso de pruebas rápidas para resultados en el mismo día

- ☒ Sí ☐ No ☐ Desconocido

pruebas rápidas llevadas a cabo por proveedores laicos

- ☒ Sí ☐ No ☐ Desconocido

4) Asesoramiento y pruebas del VIH para parejas. ¿Recomiendan las directrices sobre asesoramiento y pruebas del VIH actuales lo siguiente?

Asesoramiento y pruebas del VIH en todos los contextos

- **Sí** No Desconocido

Asesoramiento y pruebas del VIH en los programas de PTMI

- **Sí** No Desconocido

B. Tratamiento antirretroviral (TAR) - México - 2014

1) ¿Cuál es el estatus de las directrices sobre el tratamiento antirretrovírico?

Cargue una copia de los documentos si dispone de ellos.

	Mes y año de la última versión completa y publicada	¿Independiente o consolidada?
Directrices para el TAR en adultos	Noviembre 2014	consolidada
Directrices para la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)	Noviembre de 2014	consolidada
Directrices para el tratamiento pediátrico con ARV	Noviembre de 2014	consolidada

2) ¿Se han adaptado en los procesos nacionales las recomendaciones de la OMS de 2013 sobre el uso de antirretrovíricos para la prevención y el tratamiento del VIH?

a) Directrices para el TAR en adultos:

- **Sí, completo** En curso No Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH

2014, sexta edición aprobada por el Conasida, dependiente de la Secretaria de Salud, se incorporaron las directrices unificadas de la OMS para el manejo antirretroviral de las personas adultas con VIH propuestas en 2013 que es el ofrecimiento de la terapia antirretroviral (ARV) independientemente de los exámenes de CD4, favorecer el tratamiento (ARV) y a personas con VIH con cuentas de linfocitos CD4 de 500 células/ mm³, considerar como prioritario el inicio en personas con manifestaciones de enfermedad avanzada y personas con algunas co infecciones como son Tuberculosis y Hepatitis B.

b) Directrices para la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI):

- **Sí, completo** En curso No
Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, sexta edición aprobada por el Conasida, dependiente de la Secretaria de Salud, se incorporaron las directrices unificadas de la OMS para el manejo antirretroviral de las mujeres con VIH propuestas en 2013 que es el ofrecimiento que incluye el acceso a servicios, tratamiento antirretroviral de acuerdo a la opción B+ de la OMS y continuar las recomendaciones para la profilaxis en el recién nacido.

c) Directrices para el tratamiento pediátrico con ARV:

- **Sí, completo** En curso No
Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, sexta edición aprobada por el Conasida, dependiente de la Secretaria de Salud, se incorporaron las directrices unificadas de la OMS para el manejo antirretroviral de los niños con VIH, ha incorporado el inicio del tratamiento antirretroviral a TODOS los niños menores de 5 años, independientemente del recuento de linfocitos CD4.

3) ¿Cuáles son las metas nacionales del TAR?

a) Número de personas en TAR establecido en la meta:

	Número	Año
1:	80% o más de las personas elegibles a tar (según el criterio de < 350 CD4) Nota: La meta se encuentra en el actual programa nacional 2013-2018. Elaborado antes de la nueva edición de la guía vigente que establece que toda aquella persona detectada ingresará a tar, independientemente de su nivel de CD4).	2014-2018
2:		

b) Entre las mujeres embarazadas, ¿cuáles son las metas de la cobertura del tratamiento antirretrovírico para la PTMI*? (por ejemplo, XX% para 2015)

	Número	Año
1:	100%	2018
2:		

4) ¿Cuál es el umbral recomendado de CD4 para iniciar el tratamiento antirretrovírico en adultos y adolescentes asintomáticos?

a) ¿(según directrices o directivas del Ministerio de Salud)?

- Todos independientemente del recuento de CD4 (realizar pruebas y ofrecer tratamiento)
- ≤ 500
- ≤ 350
- Otros

Si la respuesta es "otro", especifique:

La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, sexta edición aprobada por el Conasida, dependiente de la Secretaria de Salud, se incorporaron las directrices unificadas de la OMS para el manejo antirretroviral de las personas adultas con VIH propuestas en 2013 que es el ofrecimiento de la terapia antirretroviral (ARV) independientemente de los exámenes de CD4, favorecer el tratamiento (ARV) y a personas con VIH con cuentas de linfocitos CD4 de 500 células/ mm³, considerar como prioritario el inicio en personas con manifestaciones de enfermedad avanzada y personas con algunas co infecciones como son Tuberculosis y Hepatitis B.

b) ¿Cuál es la aplicación y práctica de iniciar el tratamiento antirretrovírico con un recuento de 500 CD4 entre adultos y adolescentes?

- ☐ No se lleva a cabo en la práctica
- ☐ Se lleva a cabo en un número reducido de centros de tratamiento
- ☐ Se lleva a cabo en un gran número de centros de tratamiento
- ☒ Se lleva a cabo en todo el país
- ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

A partir de su aprobación en noviembre de 2014 La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, sexta edición aprobada por el Conasida, dependiente de la Secretaria de Salud, la cual es el documento normativo para el tratamiento antirretroviral en México y la cual tiene incorporada las directrices unificadas de la OMS para el manejo antirretroviral de las personas adultas con VIH propuestas en 2013 se incluye el inicio de tratamiento antirretroviral (ARV) independientemente de los exámenes de CD4, favorecer el tratamiento (ARV) en personas con VIH con cuentas de linfocitos CD4 de 500 células/ mm³, considerando prioritario el inicio en personas con manifestaciones de enfermedad avanzada y personas con co infección por Tuberculosis y Hepatitis B.

c) ¿Cuál es la aplicación y práctica de iniciar el tratamiento antirretrovírico independientemente del recuento de CD4 entre adultos y adolescentes?

b) ¿Cuál es la aplicación y práctica de iniciar el tratamiento antirretrovírico con un recuento de 500 CD4 entre adultos y adolescentes? -----

- ☐ No se lleva a cabo en la práctica
- ☐ Se lleva a cabo en un número reducido de centros de tratamiento
- ☐ Se lleva a cabo en un gran número de centros de tratamiento
- ☒ Se lleva a cabo en todo el país
- ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

A partir de su aprobación en noviembre de 2014 La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, sexta edición aprobada por el Conasida, dependiente de la Secretaria de Salud, la cual es el documento normativo para el tratamiento antirretroviral en México y la cual tiene incorporada las directrices unificadas de la OMS para el manejo antirretroviral de las personas adultas con VIH propuestas en 2013 se incluye el inicio de tratamiento antirretroviral (ARV) independientemente de los exámenes de CD4, favorecer el tratamiento (ARV) en personas con VIH con cuentas de linfocitos CD4 de 500 células/ mm3, considerando prioritario el inicio en personas con manifestaciones de enfermedad avanzada y personas con co infección por Tuberculosis y Hepatitis B.

5) Si las directrices nacionales recomiendan que el valor de inicio sea un número de 500 CD4, ¿se otorga prioridad a las personas con < 350 CD4 o a aquellas con un cuadro clínico avanzado?

- ☒ Sí
- ☐ No
- ☐ No se aplica (por ejemplo, el país todavía no ha adoptado el valor de inicio de 500 CD4)
- ☐ Otro

En caso afirmativo, sírvase especificar:

La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, sexta edición aprobada por el Conasida, dependiente de la Secretaria de Salud, la cual es el documento normativo para el tratamiento antirretroviral en México, prioritario el inicio en los siguientes grupos de adultos:
Menores de 250 células, enfermedad sintomática, co infección por tuberculosis, hepatitis B, nefropatía por VIH, deterioro cognitivo, riesgo cardiovascular elevado, enfermedad de Hodgkin, neoplasias por VPH y hepatitis C.

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

--

6) ¿Cuáles son los criterios adoptados en las directrices nacionales para iniciar el TAR en lactantes y niños seropositivos?

a) Edad límite para tratar a todos los niños independientemente de los síntomas según las directrices o directivas del Ministerio de Salud

- ☐ < 2 años
- ☒ < 5 años
- ☐ < 15 años
- ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, sexta edición aprobada por el Conasida, dependiente de la Secretaria de Salud, la cual es el documento normativo para el tratamiento antirretroviral en México, prioritario el inicio en los siguientes en niños:

Se recomienda iniciar el tratamiento antirretroviral en todas (os) los menores de 5 años. La recomendación de iniciar el TAR en el grupo entre 1 a 5 años de edad está basada en las guías de la OMS y en que hay un porcentaje pequeño de personas en los cuales al diferirse el tratamiento, tienen pérdida del seguimiento y empeora el pronóstico.
--

b) ¿Cuál es el estado de aplicación de la política adoptada?

- ☐ No se lleva a cabo en la práctica
- ☐ Se lleva a cabo en un número reducido de centros de tratamiento
- ☐ Se lleva a cabo en un gran número de centros de tratamiento
- ☒ Se lleva a cabo en todo el país
- ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

A partir de su aprobación en noviembre de 2014 La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, sexta edición aprobada por el Conasida, dependiente de la Secretaria de Salud, la cual es el documento normativo para el tratamiento antirretroviral en México y la cual tiene incorporada las directrices unificadas de la OMS para el manejo antirretroviral de los niños y niñas con VIH propuestas en 2013 se incluye el inicio de tratamiento antirretroviral (ARV) menores de 5 años, independientemente del recuento de los linfocitos CD4.

c) Valor establecido de recuento de células CD4 en niños de 5 años de edad o más que no presentan síntomas según las directrices o directivas del Ministerio de Salud:

- ☒ Independientemente del recuento de CD4
- ☐ ≤ 500
- ☐ ≤ 350
- ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

Se recomienda iniciar el tratamiento antirretroviral en todas (os) los menores de 5 años. La recomendación de iniciar el TAR en el grupo entre 1 a 5 años de edad está basada en las guías de la OMS y en que hay un porcentaje pequeño de personas en los cuales al diferirse el tratamiento, tienen pérdida del seguimiento y empeora el pronóstico, siendo prioritarios aquellos con determinaciones de linfocitos CD4 menores de 250 células/ mm³ y con enfermedad sintomática.

d) ¿Cuál es la práctica al aplicar el recuento de 500 CD4 o independientemente de dicho recuento para iniciar el tratamiento antirretrovírico en niños de 5 o más años de edad?

- ☐ No se lleva a cabo en la práctica
- ☐ Se lleva a cabo en un número reducido de centros de tratamiento
- ☐ Se lleva a cabo en un gran número de centros de tratamiento
- ☒ Se lleva a cabo en todo el país
- ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

La determinación de linfocitos CD4 en la población pediátrica además de evaluar la respuesta del tratamiento antirretroviral en conjunto con la carga viral, nos permite

conocer el grado de recuperación inmunológica, considerando que en nuestro país existe población pediátrica y adolescente, en quienes el comportamiento por la edad que presentan es ya más parecida a la de la población adulta una vez que a madurado el sistema inmunológico, de esta manera se monitoriza el comportamiento de los linfocitos CD4 y por ello se realiza en forma estandarizada esta prueba. Como se ha señalado en la preguntas correspondiente el tratamiento se realizan a toda la población pediátrica menor de 5 años y sin considerar los CD4.

7) ¿Recomiendan las directrices nacionales el TAR para todos los pacientes seropositivos para el VIH con tuberculosis activa?

- ☒ Sí ☐ No ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

El manejo óptimo de la co infección con VIH y TB consiste en el tratamiento simultáneo de ambas infecciones. Aún si la persona tiene una cifra de CD4 elevada (CD4 >500 células/mm3) no se recomienda diferir el inicio del TAR hasta terminar la terapia antituberculosa. Demorar el tratamiento implica mayor riesgo de mortalidad.

8) ¿Recomiendan las directrices nacionales el tratamiento antirretrovírico para todos los pacientes seropositivos con Hepatitis B y enfermedad hepática grave?

- ☒ Sí ☐ No ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

La guía de manejo antirretroviral para las personas con VIH 2014, sexta edición incluye dentro de los grupos prioritarios a tratar los pacientes con co infección con Hepatitis B

9) ¿Recomiendan las directrices nacionales el TAR de la persona seropositiva para el VIH en parejas serodiscordantes?

- ☐ Sí ☒ No ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

Considerando que la guía de manejo antirretroviral para las personas con VIH 2014, sexta edición ha incorporado la mayor parte de las recomendaciones y directrices de la OMS en 2013, como son el acceso a tratamiento a TAR a todos los

adultos diagnosticados, el acceso a tratamiento a todos los niños menores de CD4, y se espera consolidar estas áreas, no se consideró el manejo de las parejas serodiscordantes, misma que se considerará en un futuro próximo en el país.

10) ¿Recomiendan las directrices nacionales el tratamiento para personas seropositivas identificadas como poblaciones clave* independientemente de su recuento de CD4? (Nótese que actualmente no es una recomendación en las Directrices sobre tratamiento antirretrovírico consolidadas de 2013) *Haga referencia a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, reclusos, usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y personas transgénero.

- **Sí** No

Si la respuesta es sí, especifique qué poblaciones clave:

La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, sexta edición aprobada por el Conasida, dependiente de la Secretaría de Salud, la cual es el documento normativo para el tratamiento antirretroviral en México y tiene incorporada las directrices unificadas de la OMS para el manejo antirretroviral de las personas adultas con VIH propuestas en 2013 incorpora a todas las poblaciones clave independientemente de la cifra de linfocitos CD4 como son los hombres que tienen sexo con hombres, mujeres embarazadas, niños, personas con VIH y co infectadas por hepatitis B y tuberculosis y algunos casos como son personas con VIH y deterioro cognitivo, nefropatía y hepatopatía por VIH.

11) ¿Para qué poblaciones se permite que los enfermeros inicien el tratamiento antirretrovírico?

- Adultos no embarazados (hombres, mujeres y transgénero)
- Mujeres embarazadas
- Adolescentes (10-19 años)
- Niños < 10 años
- **Ninguno**

Régimen

12) ¿Es la combinación de TDF + 3TC (o FTC)/EFV la combinación preferida de primera línea para iniciar en tratamiento en las directrices nacionales entre:

a) adultos y adolescentes?

- ☒ Sí ☐ No ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

La guía de Manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, tiene incluido en la primera línea de tratamiento en adolescentes y adultos la co formulación Efavirenz/ Tenofovir/ Emtricitabina

b) mujeres embarazadas?

- ☒ Sí ☐ No ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

La guía de Manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, tiene incluido en la primera línea de tratamiento en las mujeres con VIH embarazadas la co formulación Efavirenz/ Tenofovir/ Emtricitabin indicando tener precaución en las que tienen menos de 8 semanas

13) ¿Usa el país preferentemente combinaciones de dosis fija en el TAR como tratamiento de primera línea?

- ☒ Sí, una pastilla al día
- ☐ Sí, 2 fármacos FDC + 1 fármaco
- ☐ No
- ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

Si, Mexico dispone de la co formulación Efavirenz/ Tenofovir/ Emtricitabina en tableta única

14) ¿Hay una política para eliminar gradualmente la d4T?

a) adultos y adolescentes

- ☒ Sí ☐ No ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

En Mexico desde el 2013 no tiene personas con VIH en manejo con Esatvudina en la población adulta

b) niños

- **Sí, completamente retirado**
- Sí, parcialmente retirado
- Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

En Mexico desde el 2013 no tiene personas con VIH en manejo con Esatvudina en la población pediátrica

15) ¿Es la combinación de AZT/3TC (o FTC)/ATV/r (o LPV/r) la combinación antirretrovírica preferida de segunda línea en las directrices nacionales para adultos y adolescentes seropositivos?

- **Sí** No Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH ha incorporado como eje de tratamiento Zidovudina/ lamivudina ó bien zidovudina tenofovir como eje del esqueleto, dejando como tercer componente Atazaanavir con Ritonavir ó Lopinavir/ Ritonavir como medicamento alternativo.

16) ¿Cuál es el inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa (INTI) preferido para iniciar el tratamiento en niños seropositivos menores de 3 años?

- () Abacavir (ABC)
- **(X) Zidovudina (AZT)**
- () Estavudina (d4T)
- () Otro

Si se prefiere otra opción, indíquela

Zidovudina solución oral continua siendo el medicamento antirretroviral de elección para los menores de 3 años, una vez confirmada la infección por VIH como parte del eje que compone el tratamiento antirretroviral

17) ¿Se consideran los esquemas basados en LPV/r la opción de tratamiento preferida para todos los niños seropositivos < 36 meses (independientemente de la exposición a inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa o INNTI) en las directrices nacionales?

- **(X) Sí, todos**
- () No, pero recomendado para lactantes expuestos a INNTI solamente
- () No recomendado

18) ¿Se recomienda el efavirenz (EFV) como el INNTI preferido para iniciar el tratamiento en niños de 3 o más años de edad?

- ☒ Sí ☐ No ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

El Efavirenz continúa siendo el medicamento de elección dentro en niños de 3 años o mas como tercer componente, sin embargo, la presentación de 600 mg en ocasiones resulta complicado para su dosificación, descartándolo cuando las condiciones de seguridad no garantizan la dosificación correcta.

Lopinavir/ Ritonavir continua siendo el medicamento más utilizado en los menor de 26 meses por existir la presentación en solución oral que favorece la dosificación del medicamento.

19) ¿Cuál es la estructura recomendada de INTI para iniciar el tratamiento en niños de 3 a 10 años de edad?

- ☐ () TDF + 3TC (o FTC)
- ☒ (X) AZT + 3TC (o FTC)
- ☐ () ABC + 3TC (o FTC)
- ☐ () Otro

Si se hace otra recomendación, indíquela:

20) ¿Cuál es la estructura recomendada de INTI para iniciar el tratamiento en adolescentes que pesan > 35 kg y tienen al menos 10 años de edad?

- ☒ (x) TDF + 3TC (o FTC)
- ☐ () AZT + 3TC (o FTC)
- ☐ () ABC + 3TC (o FTC)
- ☐ () Otro

Si se hace otra recomendación, indíquela:

La Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, sexta edición especifica como eje del tratamiento TDF + 3TC o FTC en adolescentes Tanner 1 o 2

Vigilancia

21) ¿Se usa en el país la tecnología de recuento de CD4 en el lugar de atención?

- ☒ Sí ☐ No

a) En caso afirmativo, ¿qué proporción de hospitales de distrito tienen capacidad para realizar pruebas de CD4? Indique un porcentaje estimativo (%) _____ %

b) ¿Qué proporción de establecimientos de atención primaria de salud tienen acceso a tecnología de recuento de CD4 para realizar las pruebas a los pacientes, ya sea en el propio sitio o mediante la derivación a un lugar cercano? Indique un porcentaje estimativo (%) 100 %

22) ¿Qué política nacional existe actualmente sobre la carga vírica y cuál es su nivel de ejecución?

a) Política sobre la carga vírica y nivel de ejecución para adultos

- ☐ Sí, en fase inicial
- ☒ Sí, totalmente implantado
- ☐ No implantado

Si existe (en fase inicial o plenamente implantada), facilite datos:

Desde el año 2009 se tiene disponibilidad de pruebas de carga viral para todas las personas con VIH que reciben tratamiento antirretroviral, incluyendo niños, adolescentes, adultos y mujeres durante el embarazo.

b) Política sobre la carga vírica y el nivel de ejecución para adolescentes:

- ☐ Sí, en fase inicial
- ☒ Sí, totalmente implantado
- ☐ No implantado

Si existe (en fase inicial o plenamente implantada), facilite datos:

La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH2014,, sexta edición establece que el eje preferente para niños de 3 a 10 años será Zidovudina y Lamivudina considerando que además de la fuerza de la evidencia, existe la presentación en solución infantil y presentaciones de zidovudina de 100 mg para ajustar la dosis en forma adecuada a esta población.

c) Política sobre la carga vírica y el nivel de ejecución para niños:

- ☐ Sí, en fase inicial
- ☒ Sí, totalmente implantado
- ☐ No implantado

Si existe (en fase inicial o plenamente implantada), facilite datos:

La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH2014,, sexta edición incorpora la determinación de la carga viral para VIH antes del inicio del tratamiento antirretroviral y posteriormente cada 6 meses para evaluar la efectividad del mismo.

23) ¿Cuál es la estrategia de pruebas de carga vírica para supervisar la respuesta al tratamiento?

Para cada:

a) adultos:

Primera prueba rutinaria:

- ☐ 3 meses
- ☒ 6 meses
- ☐ 12 meses

Prueba de seguimiento cada:

- ☐ 3 meses
- ☒ 6 meses
- ☐ 12 meses

Dirigidas (en función de sospechas de falta de respuesta al tratamiento antirretrovírico):

- Sí ☒ No

b) adolescentes

Primera prueba rutinaria:

- ☐ 3 meses
- ☒ 6 meses
- ☐ 12 meses

Prueba de seguimiento cada:

- ☐ 3 meses
- ☒ 6 meses
- ☐ 12 meses

Dirigidas (en función de sospechas de falta de respuesta al tratamiento antirretrovírico):

- Sí ☒ No

c) niños:

Primera prueba rutinaria:

- ☐ 3 meses
- ☒ 6 meses
- ☐ 12 meses

Prueba de seguimiento cada:

- ☐ 3 meses
- ☒ 6 meses
- ☐ 12 meses

Dirigidas (en función de sospechas de falta de respuesta al tratamiento antirretrovírico):

- Sí ☒ No

24) ¿Cuál es la recomendación con relación al seguimiento de la carga vírica para:

a) adultos?

- ☒ Seguimiento rutinario de la carga vírica
- ☐ Carga vírica dirigida Sin recomendación
- ☐ Otro

Si la respuesta es "otro", especifique:

La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH2014,, sexta edición incorpora la determinación de la carga viral para VIH antes del inicio del tratamiento antirretroviral y posteriormente cada 6 meses para evaluar

la efectividad del mismo.

b) adolescentes?

- (**X**) Seguimiento rutinario de la carga vírica
- () Carga vírica dirigida Sin recomendación
- () Otro

Si la respuesta es "otro", especifique:

La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH2014,, sexta edición incorpora la determinación de la carga viral para VIH antes del inicio del tratamiento antirretroviral y posteriormente cada 6 meses para evaluar la efectividad del mismo.

c) niños?

- (**X**) Seguimiento rutinario de la carga vírica
- () Carga vírica dirigida Sin recomendación
- () Otro

Si la respuesta es "otro", especifique:

La guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH2014,, sexta edición incorpora la determinación de la carga viral para VIH antes del inicio del tratamiento antirretroviral y posteriormente cada 6 meses para evaluar la efectividad del mismo.

Prestación de servicios

25) ¿Cuáles de las siguientes modalidades de prestación de servicios se incluyen en la política nacional de TAR para:

a) Adultos?

- provisión de TAR en clínicas de TB por proveedores responsables de TB
- Tratamiento antituberculoso en entornos de TAR a cargo de proveedores de TAR
- Provisión de TAR en consultorios de atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño a cargo de proveedores de esta atención

- Provisión de TAR en los entornos que proporcionan tratamiento de sustitución de opiáceos
- Los agentes sanitarios de la comunidad participan en el apoyo de los pacientes en TAR
- Otro

Si es de otra manera, indíquela:

México cuenta con Centros de atención especializada para la atención de las personas con VIH, dentro de los cuales se ofrece el tratamiento antirretroviral y para la tuberculosis a las personas con VIH co infectadas por tuberculosis

b) Niños?

- provisión de TAR en clínicas de TB por proveedores responsables de TB
- Tratamiento antituberculoso en entornos de TAR a cargo de proveedores de TAR
- Provisión de TAR en consultorios de atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño a cargo de proveedores de esta atención
- Provisión de TAR en los entornos que proporcionan tratamiento de sustitución de opiáceos
- Los agentes sanitarios de la comunidad participan en el apoyo de los pacientes en TAR
- Otro

Si es de otra manera, indíquela:

México cuenta con Centros de atención especializada para la atención de las personas con VIH, dentro de los cuales se ofrece el tratamiento antirretroviral y para la tuberculosis a las personas con VIH co infectadas por tuberculosis

26) ¿Cuáles de las siguientes políticas sobre la coinfección están vigentes?

a) Adultos:

- Profilaxis con isoniazida para personas seropositivas para el VIH
- Búsqueda intensificada de casos de TB en personas seropositivas para el VIH
- Control de la infección tuberculosa en personas seropositivas para el VIH
- Profilaxis con cotrimoxazol

- Diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C como parte de la atención de la infección por el VIH
- Pruebas de la hepatitis B y la hepatitis C en consultorios de TAR
- Vacunación contra la hepatitis B proporcionada en consultorios de TAR
- Tratamiento de la hepatitis C proporcionado en consultorios de TAR
- Otro

Si es de otra manera, indíquela:

La Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, establece en forma obligatoria el uso profiláctico de Trimetoprin/ sulfametoxazol con menos de 200 células además de la profilaxis con isoniazida para las personas con TB latente, tratamiento anti tuberculoso para los paciente con VIH y tuberculosis activa, serología para hepatitis B y C, sífilis, toxoplasma durante la evaluación inicial.

b) Niños:

- Profilaxis con isoniazida para personas seropositivas para el VIH
- Búsqueda intensificada de casos de TB en personas seropositivas para el VIH
- Control de la infección tuberculosa en personas seropositivas para el VIH
- Profilaxis con cotrimoxazol
- Diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C como parte de la atención de la infección por el VIH
- Pruebas de la hepatitis B y la hepatitis C en consultorios de TAR
- Vacunación contra la hepatitis B proporcionada en consultorios de TAR
- Tratamiento de la hepatitis C proporcionado en consultorios de TAR
- Otro

Si es de otra manera, indíquela:

La Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, establece en forma obligatoria el uso profiláctico de Trimetoprin/ sulfametoxazol con menos de 200 células además de la profilaxis con isoniacida para las personas con TB latente, tratamiento anti tuberculoso para los paciente con VIH y tuberculosis activa, serología para hepatitis B y C, sífilis, toxoplasma y programa de vacunación

C. Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) - México - 2014

1) ¿Hay un plan nacional para la eliminación de la TMI del VIH?

- **Sí**
- No

En caso afirmativo, especifique la meta o metas con respecto a la tasa de TMI y el año:

La meta nacional establece reducir en 84.6% los casos nuevos de VIH/sida perinatal del 2013 al 2018 (20 casos o menos). A fin de cumplir la meta a 2018, la estrategia consolidar la detección y el tratamiento para evitar transmisión vertical de VIH y sífilis congénita ofreciendo a toda mujer embarazada y pareja detección de VIH y sífilis, en la primera consulta prenatal y asegurar el tratamiento profiláctico perinatal del VIH a las embarazadas que viven con el virus y a sus hijos.

En caso afirmativo, especifique las metas con respecto a la eliminación (por ejemplo #casos/pop) y el año:

Reducir en 84.6% los casos nuevos de VIH/sida perinatal del 2013 al 2018 (20 casos o menos).

2) ¿Hay un plan nacional para la eliminación de la TMI de la sífilis?

- **(X) Sí, integrado con la iniciativa contra la infección por el VIH u otra iniciativa de eliminación**
- () Sí, independiente (no integrado con la iniciativa contra la infección por el VIH ni ninguna otra iniciativa de eliminación)
- () Ningún plan nacional

3) ¿Qué pruebas se utilizan para detectar la sífilis en mujeres embarazadas en su país?

a) Pruebas de laboratorio no treponémicas (por ejemplo, RPR/VDRL)

- **Sí** No

b) Pruebas de laboratorio treponémicas (por ejemplo, TPPA, TPHA)

- **Sí**

c) Pruebas treponémicas rápidas (por ejemplo, Bioline, Determine, Chembio, etc.)

- ☒ Sí ☐ No

4) ¿Cuál es la opción de PTMI que se recomienda a nivel nacional en la actualidad (según las directrices o directivas del Ministerio de Salud)?

- ☐ Opción A
- ☐ Opción B
- ☒ Opción B+

Si se recomienda la opción B o B+, indique desde qué año -
_____ 2012 _____ /

5) What is the practice in applying the Option B+ in the treatment of HIV positive pregnant women?

- ☐ No se lleva a cabo en la práctica
- ☐ Se lleva a cabo en un pequeño número de centros de salud maternoinfantil
- ☐ Se lleva a cabo en un pequeño número de centros de salud maternoinfantil
- ☒ Se lleva a cabo en todo el país
- ☐ Otro

Incluya un comentario si ha elegido "otro".

Desde el 2012 implemento el manejo antirretroviral con terapia altamente activa en todas las mujeres con VIH durante el embarazo, y continuarla posterior a la resolución del embarazo con el objetivo de mejorar la calidad de la mujer con VIH y su entorno familiar.

6) Si actualmente se está usando la opción A, ¿se ha planificado la transición a la opción B o B+?

- ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique en qué año

No aplica

7) ¿Cuál es el esquema de TAR de primera línea que se recomienda actualmente para mujeres seropositivas para el VIH que están embarazadas o amamantando?

- ☐ TDF/3TC (FTC) /EFV

- () Otro

Si se hace otra recomendación, indíquela

La Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, recomienda como tratamiento de elección Lamivudina/ zidovudina + Lopinavir/ ritonavir, y como manejo alternativo Efavirenz/ Tenofovir/ Emtricitabina vigilando a las mujeres posterior a la semana 8 de embarazo.

8) ¿Cuál es el esquema de PTMI que se recomienda a nivel nacional en la actualidad para los lactantes expuestos al VIH y cuál es la duración que se recomienda?

Esquema de PTMI que se recomienda a nivel nacional en la actualidad

Mujeres con tratamiento antirretroviral y carga viral no detectable y sin factor de riesgo: zidovudina solución oral por 4 semanas.

Mujeres con VIH con tratamiento antirretroviral desconocido: zidovudina solución oral + lamivudina solución oral + nevirapina solución oral

para
lactantes
expuestos

Duración

4 semanas

9) ¿Hay

alguna recomendación nacional sobre la alimentación de lactantes expuestos al VIH?

- () Sí: lactancia materna
- (x) Sí: alimentación de sustitución
- () Sí : se recomiendan ambas opciones o se deja librado a la decisión individual o a los distintos entornos
- () No

10) Si se recomienda la lactancia materna para las mujeres seropositivas para el VIH y los lactantes expuestos, ¿se especifica la duración?

- Sí
- No

En caso afirmativo, indique la duración en meses:

_____ /

D. Infecciones de transmisión sexual (ITS) - México - 2014

1) ¿Hay directrices o recomendaciones nacionales sobre el tratamiento de las ITS?

- ☒ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué año fue la actualización más reciente?
_____2012_____/

2) ¿Cuenta su país con una estrategia y plan nacional para la prevención y el control de las ITS?

- ☒ Sí ☐ No

3) ¿Se realiza en su país un seguimiento de la resistencia antimicrobiana gonocócica?

- ☒ Sí, anualmente
- ☐ Sí, menos de una vez al año
- ☐ No

E. Grupos poblacionales clave - México - 2014

1) ¿Cuáles de los siguientes grupos poblacionales clave o grupos vulnerables se abordan explícitamente en la política o los planes nacionales contra la infección por el VIH?

- ☒ Poblaciones de adolescentes clave
- ☒ Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
- ☒ Reclusos en cárceles y otros entornos de reclusión
- ☒ Personas que consumen drogas inyectables
- ☒ Profesionales del sexo (hombres y mujeres)
- ☒ Personas transgénero

2) ¿Cuenta con estimaciones del tamaño de las siguientes poblaciones?:

- ☐ Poblaciones de adolescentes clave
- ☒ Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
- ☒ Reclusos en cárceles y otros entornos de reclusión
- ☒ Personas que consumen drogas inyectables
- ☒ Profesionales del sexo (hombres y mujeres)

- Personas transgénero

3) Usuarios de drogas inyectables: ¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para usuarios de drogas inyectables están presentes en su país?

a) Programas de agujas y jeringas

- ☒ Sí ☐ No

b.i) Terapia de sustitución con opiáceos

- ☒ Sí ☐ No

b.ii) Otro tratamiento para la drogodependencia

- ☒ Sí ☐ No

c) Provisión comunitaria de naloxona

- ☒ Sí ☐ No

d) Asesoramiento y pruebas del VIH

- ☒ Sí ☐ No

e) Tratamiento antirretrovírico

- ☒ Sí ☐ No

f) Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)

- ☒ Sí ☐ No

g) Programa integral de preservativos

- ☒ Sí ☐ No

h) Información, educación y comunicación dirigidas

- ☒ Sí ☐ No

i) Prevención, diagnóstico, tratamiento y vacunación para la hepatitis vírica

- ☒ Sí ☐ No

j) Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

- ☒ Sí ☐ No

4) Reclusos y otros entornos de reclusión: ¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para reclusos y otros entornos de reclusión están presentes en su país?

a) Programas integrales de preservativos y lubricantes

- ☐ Sí ☐ No

b) Intervenciones de reducción de daños por el uso de sustancias (por ejemplo, programas de agujas y jeringas y terapia de sustitución de opiáceos)

- ☒ Sí ☐ No

c) intervenciones conductuales

- ☒ Sí ☐ No

d) Asesoramiento y pruebas del VIH

- ☒ Sí ☐ No

e) Tratamiento y atención para el VIH

- ☒ Sí ☐ No

f) Prevención y manejo de la coinfección y comorbilidad (hepatitis vírica, tuberculosis, salud mental)

- ☒ Sí ☐ No

g) intervenciones de salud sexual y reproductiva

- ☒ Sí ☐ No

5) Profesionales del sexo: ¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para profesionales del sexo están presentes en su país?

a) Programas integrales de preservativos y lubricantes

- **Sí** No

b) Intervenciones de reducción de daños por el uso de sustancias (por ejemplo, programas de agujas y jeringas y terapia de sustitución de opiáceos)

- **Sí** No

c) intervenciones conductuales

- **Sí** No

d) Asesoramiento y pruebas del VIH

- **Sí** No

e) Tratamiento y atención para el VIH

- **Sí** No

f) Prevención y manejo de la coinfección y comorbilidad (hepatitis vírica, tuberculosis, salud mental)

- **Sí** No

g.i) Tratamiento de ITS sintomáticas

- **Sí** No

g.ii) Detección de ITS asintomáticas

- **Sí** No

g.iii) Tratamiento periódico de presuntas ITS

- **Sí** No

6) Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: ¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres están presentes en su país?

a) Programas integrales de preservativos y lubricantes

- ☒ Sí ☐ No

b) Intervenciones de reducción de daños por el uso de sustancias (por ejemplo, programas de agujas y jeringas y terapia de sustitución de opiáceos)

- ☒ Sí ☐ No

c) intervenciones conductuales

- ☒ Sí ☐ No

d) Asesoramiento y pruebas del VIH

- ☒ Sí ☐ No

e) Tratamiento y atención para el VIH

- ☒ Sí ☐ No

f) Profilaxis previa a la exposición

- ☐ Sí ☒ No

g) Prevención y manejo de la coinfección y comorbilidad (hepatitis vírica, tuberculosis, salud mental)

- ☒ Sí ☐ No

h.i) Tratamiento de ITS sintomáticas

- ☒ Sí ☐ No

h.ii) Detección de ITS asintomáticas

- ☒ Sí ☐ No

7) Personas transgénero: ¿Cuáles de los siguientes componentes del paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para personas transgénero están presentes en su país?

a) Programas integrales de preservativos y lubricantes

- **Sí** No

b) Intervenciones de reducción de daños por el uso de sustancias (por ejemplo, programas de agujas y jeringas y terapia de sustitución de opiáceos)

- **Sí** No

c) intervenciones conductuales

- **Sí** No

d) Asesoramiento y pruebas del VIH

- **Sí** No

e) Tratamiento y atención para el VIH

- **Sí** No

f) Prevención y manejo de la coinfección y comorbilidad (hepatitis vírica, tuberculosis, salud mental)

- **Sí** No

g.i) Tratamiento de ITS sintomáticas

- **Sí** No

g.ii) Detección de ITS asintomáticas

- **Sí** No

G. Profilaxis previa y posterior a la exposición - México - 2014

1) ¿Se facilita profilaxis previa a la exposición en su país?

- Sí No

Si la respuesta es sí, especifique para quién:

2) Se facilita profilaxis posterior a la exposición en su país?

- Sí No

Si la respuesta es sí, especifique para quién:

En México Solo esta indicada la profilaxis post exposición por violencia sexual y post exposición por riesgo ocupacional.

3) ¿Qué fármacos se recomiendan para...?

a) Adultos y adolescentes: (especifique)

Tenofovir/ emtricitabina + Lopinavir/ Ritonavir y la co formulación Efavirenz/ Tenofovir/ Emtricitabina

b) Niños: (especifique)

Lamivudina solución +Zidovudina solución +

4) Número de recetas (en el año del informe)

a) Adultos/adolescentes

2,270 incluye niños

b) Niños

pendiente

5) Indique las razones para prescribirlas (por ejemplo, ocupación, no relativo a la ocupación, etc.)

Violación y riesgo post exposición ocupacional

H. Vigilancia - México - 2014

1) ¿Hay vigilancia centinela de grupos poblacionales especiales en el país?

i) Mujeres atendidas en servicios de atención prenatal

Sí

No

En caso afirmativo, indique:

Frecuencia en años _____/

Número de centros _____/

Año de la encuesta más reciente _____/

ii.a) Profesionales del sexo

• Sí

No

En caso afirmativo, indique:

Frecuencia en años _____1_____/

Número de sitios _____75_____/

Año de la encuesta más reciente ____2014_____/

ii.b) Personas que consumen drogas inyectables

• Sí

No

En caso afirmativo, indique:

Frecuencia en años _____1_____/

Número de sitios _____75_____/

Año de la encuesta más reciente _____2014_____/

ii.c) Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres

• Sí

No

En caso afirmativo, indique:

Frecuencia en años _____1_____/

Número de sitios _____/

Año de la encuesta más reciente _____2014_____/

ii.d) Personas transgénero

- **Sí** No

En caso afirmativo, indique:

Frecuencia en años ____1____/

Número de sitios ____75____/

Año de la encuesta más reciente ____2014____/

ii.e) En cárceles y otros entornos de reclusión

- **Sí** No

Frecuencia en años ____1____/

Número de sitios ____75____/

Año de la encuesta más reciente ____2014____/

Otros grupos poblacionales específicos

- Sí **No**

Si la respuesta es sí, especifique las poblaciones:

--

Frecuencia en años ____/

Número de sitios ____/

Año de la encuesta más reciente ____/

I. Seguimiento y evaluación - México - 2014

1) ¿Cuál es el estado actual de la planificación del seguimiento y la evaluación de la respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH/sida?

Hay un plan nacional de seguimiento y evaluación

- **Sí** No

En caso afirmativo, indique el año en el que se realizó la actualización más reciente

Año _____ 2013 _____ /

Se realizó una revisión del sistema de seguimiento y evaluación

- ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el año de la revisión más reciente
_____ 2013 _____ /

Se ha planificado una revisión del sistema de seguimiento y evaluación

- ☒ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el año en que está planificada
_____ 2018 _____ /

J. Farmacorresistencia del VIH - México - 2014

1) En los últimos dos años, ¿ha llevado a cabo el país la vigilancia de la farmacorresistencia del VIH según los siguientes protocolos de la OMS?

a) Encuestas sobre farmacorresistencia previa al tratamiento

- ☐ Sí ☒ No

En caso afirmativo, indique el año de la encuesta más reciente _____ el protocolo para evaluar la Farmacorresistencia previa al tratamiento se realizara durante el 2015 de acuerdo a las recomendaciones de la OMS/

b) Encuestas sobre farmacorresistencia adquirida

- ☒ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el año de la encuesta más reciente _____ La farmacovigilancia para pacientes con tratamiento previo se tiene implementada desde el 2019, sin embargo, durante el 2015 se estandarizara de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, _____ /

c) Encuestas sobre farmacorresistencia pediátrica

- Sí **No**

En caso afirmativo, indique el año de la encuesta más reciente __ No se ha contemplado por el momento para recién nacidos con infección por VIH tratamiento previo _____/

d) Encuesta de desempeño clínico utilizando los indicadores de alerta temprana para la farmacoresistencia del VIH

- Sí **No**

En caso afirmativo, indique el año de la encuesta más reciente _____/

K. Vigilancia de la toxicidad - México - 2014

1) Excluyendo los enfoques de farmacovigilancia pasiva, ¿se está tomando alguna medida sistemática para supervisar la toxicidad de los antirretrovíricos en el país?

- Sí **No**

2) Si la respuesta es sí, ¿qué enfoques se están utilizando?

- los centros centinelas informan de toxicidad
- vigilancia activa con cohortes establecidos para evaluar el rango de los resultados del tratamiento
- vigilancia activa con cohortes establecidos únicamente para vigilar la toxicidad
- registro de embarazos
- vigilancia de defectos congénitos
- vigilancia de pares madre-niño durante la lactancia

L. Planificación y revisión estratégicas - México - 2014

Si corresponde, facilite las fechas de:

1) Análisis epidemiológicos:

a) ¿Cuándo se realizó el último análisis epidemiológico? (especifique [mes] / [año])

Diciembre 2014

b) ¿Cuándo está planificado el próximo análisis epidemiológico? (especifique [mes] / [año])

Trimestralmente, se realiza un análisis epidemiológico con

estadísticas de casos de VIH y sida, personas con VIH y mortalidad (abril 2015). Al cierre de cada año, se elabora uno más completo que incluye las estadísticas epidemiológicas más relevantes (diciembre 2015).

2) Análisis de deficiencias programáticas y financieras:

a) ¿Cuándo se realizó el último análisis de deficiencias programáticas y financieras? (especifique [mes] / [año])

Modelo de Recursos Necesarios (febrero 2010)

b) ¿Cuándo está planificado el próximo análisis de deficiencias programáticas y financieras? (especifique [mes] / [año])

Modelo óptima (julio 2015)

3) ¿Cuál es el estado de la elaboración de programas nacionales contra la infección por el VIH/sida (que incluyan la infección por el VIH en el sector de la salud)?

Hay una estrategia contra la infección por el VIH (sector de la salud) vigente

- **Sí** No

En caso afirmativo, indique el período de vigencia: desde (año)

2013

hasta (año)

2018

Se hizo una revisión del programa contra la infección por el VIH (sector de la salud)

- **Sí** No

En caso afirmativo, indique el año de la revisión

2013

Se ha programado una próxima revisión del programa contra la infección por el VIH (sector de la salud)

- **Sí** No

En caso afirmativo, indique el año

2018

4) ¿Se abordan los siguientes elementos en la estrategia nacional actual contra la infección por el VIH (sector de la salud)?

- Logro del acceso universal al TAR
 - Colaboración entre los servicios de atención de la infección por el VIH y otros servicios, incluidos los de salud reproductiva
 - Fortalecimiento de los sistemas de salud
 - Reducción de las desigualdades
-

M. Salud reproductiva e investigación - México - 2014

En su país, ¿hay sitios de prestación de servicios que brinden atención psicológica y médica apropiada, al igual que apoyo a las mujeres y los hombres que han sufrido violaciones o incesto? La atención y el apoyo médicos y psicológicos están en consonancia con las recomendaciones de las directrices clínicas y de política de la OMS sobre la violencia infligida por la pareja: Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines (2013)

- Se proporciona apoyo de primera línea o lo que se conoce como primeros auxilios psicológicos
- Se proporciona anticoncepción de urgencia a las mujeres que acuden a los servicios dentro de los 5 días
- Se ofrece un aborto seguro si una mujer está embarazada como consecuencia de violación, en conformidad con lo que establezca la ley nacional
- Se proporciona profilaxis posterior a la infección por el VIH y las ITS (en las 72 horas posteriores a una agresión sexual) según sea necesario

• ☒ Sí

☐ No

ANEXO II

Encuesta sobre uso de antirretrovirales y pruebas diagnósticas, y aplicación de las recomendaciones de la Guía Consolidada de la OMS

Encuesta de situación en el 2014

La OPS apoya al Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA (AMDS) del Departamento de VIH/Sida de la OMS en recabar información de la 9.^a encuesta anual sobre los regímenes de tratamiento antirretroviral utilizados en los países de ingresos bajos y medianos. El cuestionario del 2015 abarca el uso de antirretrovirales en adultos y niños tanto para el tratamiento antirretroviral (TAR) como para la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI), y de las pruebas de laboratorio para el inicio y seguimiento del TAR.

Para rellenar el cuestionario, sírvase usar la información disponible de los programas sobre el periodo que va **del 1 de enero al 31 de diciembre del 2014**. Agradeceremos que el profesional que nos envía los datos compruebe que **todas** las preguntas del cuestionario han sido respondidas, y la **exactitud** y **validez** de la información.

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

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

Agradeceremos que rellene el cuestionario adjunto y lo envíe a habiyamberev@who.int **antes del 30 de abril del 2015** en el cuestionario de GARP.

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

País: México
Fecha: _10____/_abril____/_2015____

Nombre de la persona que rellenó el cuestionario: __Eddie Antonio Leon Juárez__
 Cargo: __Coordinador del Programa de Calidad de la Atención del Censida__
 Institución: Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el Sida
 Dirección de correo electrónico: __edyleon64@gmail.com__ Teléfono: __91 50 60 59__

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

Nota: El cuestionario se llena con información de la Secretaría de Salud (SS) porque no se cuenta con datos de las diferentes instituciones de salud para hacer los desgloses requeridos. El total de personas en TAR en el país es de 97,541 por ejemplo, pero no se dispone del desglose requerido. La SS, atiende al 66% de las personas en TAR en México.

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

Pregunta 1. Informe sobre el número de pacientes adultos y adolescentes (≥ 10 años) VIH positivos que recibían tratamiento de primera, segunda o tercera línea a fines de diciembre del 2014

Esquemas antirretrovirales de tratamiento	Número total de adultos y adolescentes (≥ 10 años) VIH positivos por línea de tratamiento a fines de diciembre del 2014
Primera línea ⁴	56,498
Segunda línea ⁵	6,459
Tercera línea	1,637
TOTAL (Compare con GARPR 4.1)	64,594

Comentarios: __El acceso a pruebas de laboratorio y de medicamentos permito detectar pacientes en falla temprana y

⁴ Se definen los pacientes en primera línea de tratamiento: como aquellos pacientes que continúan con el esquema inicialmente administrado cuando se les inició el tratamiento antirretroviral. Se incluyen en este número los pacientes que hayan cambiado por toxicidad en uno o dos de los medicamentos del esquema. Esta última situación se denomina "sustitución" dentro del esquema de primera línea.

⁵ Se definen los pacientes en tratamiento antirretroviral de segunda línea: a aquellos pacientes en tratamiento ARV que han sufrido un fallo terapéutico al primer esquema administrado y al que se le ha cambiado el esquema por este fallo.

realizar los cambios en esquemas de tratamiento necesario, Por otra parte pacientes en tercera o mas lineas han disminuido por causas como defunción, acceso a otro tipo de servicios de salud.

Pregunta 2 Por favor liste el numero de personas en cada esquema de tratamiento antirretroviral de primera línea administrado a adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos a fines del 2014, incluyendo embarazadas VIH positivas que reciben TAR.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2014.

Lista de esquemas de TAR de 1^a línea administrados a adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos a fines del 2014	Número de adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos que recibieron este esquema de TAR a fines del 2014
1. TENOFOVIR/EMTRICITABINA/EFAVIRENZ	30346
2. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + ATAZANAVIR + RITONAVIR	5238
3. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + LOPINAVIR/RITONAVIR	4530
4. ABACAVIR/LAMIVUDINA + EFAVIRENZ	3938
5. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + NEVIRAPINA	2442
6. ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + LOPINAVIR/RITONAVIR	1982
7. ABACAVIR/LAMIVUDINA + ATAZANAVIR + RITONAVIR	1364
8. ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + EFAVIRENZ	1145
9. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + SAQUINAVIR + RITONAVIR	1001
10. ABACAVIR/LAMIVUDINA + NEVIRAPINA	644
11. ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + NEVIRAPINA	616
12. ABACAVIR/LAMIVUDINA +	289

SAQUINAVIR + RITONAVIR	
13. ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + SAQUINAVIR + RITONAVIR	210
14. ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + ATAZANAVIR + RITONAVIR	207
15. ABACAVIR + DIDANOSINA + LOPINAVIR/RITONAVIR	101
16. ABACAVIR + TENOFOVIR + LOPINAVIR/RITONAVIR	93
17. OTROS	2,352
TOTAL	56,498

Pregunta 3 Por favor liste el numero de personas en cada esquema de tratamiento antirretroviral de segunda línea administrado a adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos a fines del 2014.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2014.

Lista de Tesquemas de TAR de 2ª línea administrados a adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos a fines del 2014	Número de adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos que recibieron este esquema a fines del 2014
TENOFOVIR/EMTRICITABINA + ATAZANAVIR + RITONAVIR	777
TENOFOVIR/EMTRICITABINA + LOPINAVIR/RITONAVIR	773
ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + LOPINAVIR/RITONAVIR + TENOFOVIR	580
ABACAVIR/LAMIVUDINA + LOPINAVIR/RITONAVIR	370
ABACAVIR/LAMIVUDINA + ATAZANAVIR + RITONAVIR	333
ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + TENOFOVIR + ATAZANAVIR + RITONAVIR	303
TENOFOVIR + ZIDOVUDINA + LOPINAVIR/RITONAVIR	300
TENOFOVIR + ABACAVIR +	282

LOPINAVIR/RITONAVIR	
ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + LOPINAVIR/RITONAVIR	272
ABACAVIR + DIDANOSINA + LOPINAVIR/RITONAVIR	189
TENOFOVIR + ABACAVIR + ATAZANAVIR + RITONAVIR	182
TENOFOVIR/EMTRICITABINA + SAQUINAVIR + RITONAVIR	159
ABACAVIR + DIDANOSINA + ATAZANAVIR + RITONAVIR	139
TENOFOVIR + ZIDOVUDINA + ATAZANAVIR + RITONAVIR	85
OTROS	1,715
TOTAL	6,459

Pregunta 4 Por favor liste el numero de personas en cada esquema de tratamiento antirretroviral de 3^a línea administrado a adultos y adolescentes ≥10 años VIH positivos a fines del 2014

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2014.

Lista de esquemas de TAR de 3.^a línea administrados adultos y adolescentes ≥10 años VIH positivos a fines del 2014	Número de adultos y adolescentes ≥10 años VIH positivos que recibieron este esquema a fines del 2014
ETRAVIRINA + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR + RITONAVIR	239
TENOFOVIR + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR + RITONAVIR	143
TENOFOVIR + ETRAVIRINA + DARUNAVIR + RITONAVIR	72
RALTEGRAVIR + ETRAVIRINA + LOPIANVIR/RITONAVIR	53
EFAVIRENZ + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR + RITONAVIR	48
TENOFOVIR/EMTRICITABINA + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR + RITONAVIR	43
TENOFOVIR + RALTEGRAVIR + LOPINAVIR/RITONAVIR	36
TENOFOVIR + ETRAVIRINA + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR + RITONAVIR	32
RALTEGRAVIR + MARAVIROC + DARUNAVIR + RITONAVIR	24
TENOFOVIR + EFAVIREZN + DARUNAVIR + RITONAVIR	20
TENOFOVIR + RALTEGRAVIR + ATAZANAVIR + RITONAVIR	17
TENOFOVIR + MARAVIROC + DARUNAVIR + RITONAVIR	13
TENOFOVIR + EFAVIRENZ + DARUNAVIR + RITONAVIR	12
TENOFOVIR/EMTRICITABINA + ETRAVIRINA + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR + RITONAVIR	9
OTROS	876
TOTAL	1,637

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

Pregunta 5. Número de niños VIH positivos menores de 10 años por línea de tratamiento antirretrovirales a fines del 2014.

Esquema	Número total de niños <10 años VIH positivos que recibían este esquema a fines de 2014
Primera línea	765
Segunda línea	315
Tercera línea	80
TOTAL	1,160

Pregunta 6. Por favor liste el numero de personas en cada esquema de tratamiento antirretroviral de **1.ª línea** administrado a niños <10 años a fines del 2014.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2014.

Lista de esquemas de TAR de 1.ª línea administrados a niños VIH positivos a fines del 2014	Número de niños VIH positivos <10 años que reciben este esquema a fines del 2014 por grupo de edad		
	# de niños < 3 años que recibían este esquema a fines del 2014 (A)	# de niños ≥3 a <10 años que recibían este esquema a fines del 2014 (B)	# de niños <10 años que recibían este esquema a fines del 2014 (A) + (B)
1. Zidovudina solución + Lamivudina solución + Lopinavir/ ritonavir solución	90	419	509

2. Abacavir solución + Lamivudina solución + Lopinavir/ ritonavir		90	90
3. Zidovdina 250 mg + Lamivudina 150 mg + Lopinavir/ ritonavir 100/ 25 mg		73	73
4. Tenofovir/ Emtricitabina + Efavirenz		47	47
5. Abacavir 300 mng + Lamivudina 150 mg + Lopinavir/ ritonavir 100/ 25 mg		40	40
6. Zidovudina solución + Lamivudina solución +Nevirapina solución		6	6
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
TOTAL			765

Comentario . para este periodo se ha observado aumento en forma significativa del numero de niños con acceso a tratamiento dentro de la Secretaria de Salud, este derivado de las mejoras de los sistemas de información, de niños que han ingresado a tratamiento que sus familiares fueron desincorporados de alguna otra institucion de seguridad social, ingresando a los servicios de la Secretaria de Salud

Pregunta 7. Por favor liste el numero de personas en cada esquema de tratamiento antirretroviral de **segunda línea** administrado a niños VIH positivos menores de 10 años a fines del 2014.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2014.

Lista de esquemas de TAR de 2. ^a línea administrados a niños VIH positivos menores de 10 años a fines del 2014.	Número de niños VIH positivos <10 años que recibían este esquema a fines del 2014
1.Abacavir 300 mg+ Lamivudina solución+Lopinavir/ ritonavir 100/ 25 mg	174
2.Abacavir +Lamivudina ´+ Efavirenz	72
3.Zidovudina 100 mg + Lamivudina 150 mg + Lopinavir/ ritonavir 100/ 25 mg	47
4. Tenofovir +Emtricitabina + Atazanavir + Ritonavir	22
5.	
6.	
TOTAL	315

Comentario. Con la mejora de los sistemas se ha podido conocer mejor la linea de tratamiento de los niños y niñas que reciben tratamiento en la Secretaria de Salud, algunos casos reportados en el ciclo anterior dentro de otro esquema antirretroviral.

Pregunta 8 Por favor liste el numero de personas en cada esquema de tratamiento antirretroviral de **tercera línea** administrado a niños VIH positivos menores de 10 años a fines del 2014.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2014.

Lista de esquemas de TAR de tercera línea administrados a niños VIH positivos < 10 años	Número de niños VIH positivos <10 años que recibían este esquema a fines del 2014
1. Efavirenz + Lopinavir/ ritonavir 100/ 25 +Raltegravir	24
2. Tenofovir + Emtricitabina + Darunavir + Ritonavir	22
3. Tenofovir +Emtricitabina	14

+Raltegravir	
4. Zidovudina +Lamivudina + Saquinavir +Ritonavir	11
5. Abacavir + Emtricitabina + Lopinavir/ ritonavir	9
6.	
TOTAL	80

Comentario. Con la mejora de los sistemas se ha podido conocer mejor la línea de tratamiento de los niños y niñas que reciben tratamiento en la Secretaría de Salud, algunos casos reportados en el ciclo anterior dentro de otro esquema antirretroviral. Por otra parte el acceso a nuevos medicamentos a permitido evaluar a pacientes en falla por mucho tiempo y tener acceso a nuevos fármacos antirretrovirales.

SECCIÓN 3: PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL

Pregunta 9: Número y porcentaje (%) de embarazadas que iniciaron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil y otras opciones de PTMI durante el 2014 {GARP 3.1 data}:

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

☐ **Opción A:** embarazadas VIH positivas que no reúnen los criterios de elegibilidad para el TAR reciben AZT dos veces al día durante el embarazo + dosis única de NVP al inicio del trabajo de parto, AZT+3TC dos veces al día durante el trabajo de parto y el puerperio durante 7 días; profilaxis con NVP para el recién nacido: de duración extendida durante la lactancia, o de duración reducida en niños no amamantados.

☐ **Opción B:** embarazadas VIH positivas que no reúnen los criterios de elegibilidad para el TAR reciben tratamiento profiláctico con triple terapia antirretroviral: AZT+3TC+{LPV/r o ABC o EFV} o TDF+3TC(o FTC)+EFV extendido después del parto hasta 1 semana después del final de la lactancia. Profilaxis con ARV de duración reducida para el recién nacido.

☒ **Opción B+:** tratamiento con triple terapia antiretroviral de por vida para las embarazadas VIH positivas elegibles para el TAR o para todas las mujeres embarazadas VIH positivas (independientemente del recuento de CD4).

☐ Otra opción de PTMI utilizada en su país (por favor especifique):

Pregunta 11. Por favor liste el numero de mujeres embarazadas en cada esquema de tratamiento con antirretrovirales utilizados en su país para la **OPCIÓN A de PTMI** en el 2014.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2014

Esquemas de PTMI de la OPCIÓN A utilizados para embarazadas VIH positivas en el 2014	Número de embarazadas VIH positivas que <u>iniciaron</u> este esquema en el 2014
1. No aplica	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
TOTAL	

Pregunta 12. Por favor liste el numero de mujeres embarazadas en cada esquema de tratamiento con antirretrovirales utilizados en su país para la **OPCIÓN B de PTMI** en el 2014.

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

Esquemas de TAR usados para la OPCIÓN B en embarazadas VIH positivas	Número de embarazadas VIH positivas que <u>iniciaron</u> este esquema en el 2014
1. No aplica	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
TOTAL	

Pregunta 13. Por favor liste el numero de mujeres embarazadas en cada esquema de tratamiento con antirretrovirales utilizados en su país para la **OPCIÓN B+ de PTMI** en el 2014.

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

Esquemas de TAR usados para OPCIÓN B+ en embarazadas VIH positivas	Número de embarazadas con VIH positivas que <u>iniciaron</u> este esquema en el 2014
1. Lamivudina/ Zidovudina + Lopinavir/ ritonavir	408
2. Tenofovir/ Emtricitabina + Efavirenz	64
3. Tenofovir/ Emtricitabina + Lopinavir/ ritonavir	34

4. Abacavir/ Lamivudina + Lopinavir/ ritonavir	26
5. Tenofovir/ Emtricitabina + Atazanavir + Ritonavir	319
TOTAL	851

Pregunta 14. Por favor liste el numero de neonatos por cada ARV utilizado en su país para la profilaxis del VIH en neonatos nacidos de mujeres VIH positivas en el 2014.

Antirretrovirales utilizados para la profilaxis en neonatos nacidos de mujeres VIH positivas ARV en 2014	Número de neonatos que recibieron este esquema en el 2014
Lamivudina solución + Zidovudina solución	304
Zidovudina solución	34
Lamivudina solución + Zidovudina solución + Nevirapina suspensión	91
TOTAL	429

SECCIÓN 4: SERVICIOS DE LABORATORIO

PRUEBAS DE VIH

Pregunta 15 Número total de pruebas de VIH (pruebas rápidas y ELISA) realizadas entre enero y diciembre del 2014: 2,367,421 Nacional Garpr2015 Ind. 1.16

(Número de personas a las que se realizó la prueba del VIH:
Ver GARP)

PRUEBAS DE CD4

Pregunta 16 Número total de pruebas de CD4 realizadas entre enero y diciembre del 2014: **144,654**

Pregunta 17 Número de personas VIH positivas a las que se les realizó al menos una prueba de CD4 entre enero y diciembre del 2014: **61,148**

Pregunta 18 Número de pacientes en TAR a los que se les realizó al menos una prueba de CD4 entre enero y diciembre del 2014: **61,148**

Pregunta 19 Número de embarazadas VIH positivas a las que se les realizó al menos una prueba de CD4 entre enero y diciembre del 2014: **851**

CARGA VIRAL

Pregunta 20 Número total de pruebas de carga viral realizadas entre enero y diciembre del 2014: **144,654**

Pregunta 21 Número de personas VIH positivas a las que se les realizó al menos una prueba de carga viral entre enero y diciembre del 2014: **61,148**

Pregunta 22 Número de pacientes en TAR a los que se les realizó al menos una prueba de carga viral entre enero y diciembre del 2014: **61,148**

Pregunta 23 Número de embarazadas VIH positivas a las que se les realizó al menos una prueba de carga viral entre enero y diciembre del 2014: **851**

DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES

Pregunta 24 Número total de pruebas de diagnóstico temprano realizadas entre enero y diciembre del 2014: **101**

Pregunta 25 Número de niños (<12 meses) nacidos de madres VIH positivas a quienes se les realizó una prueba de diagnóstico temprano entre enero y diciembre del 2014: **429**

Pregunta 26: Número total de laboratorios o establecimientos de salud y tipo de pruebas que realizan a fines del 2014.

<u>o de pruebas de laboratorio</u>	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde se recogen muestras	Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba	Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba y que participan en un programa de evaluación externa de la calidad	Número de laboratorios o establecimientos de salud que requieren actividades de mejora de la calidad en base al ejercicio de evaluación externa de la calidad	Ennum las princ. activ. neces. para mejor calida
ba serológica nticuerpos -VIH incluida prueba rápida	154 136 capasits y SEAs más 18 laboratorios estatales incluyendo CIENI y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	136	0	0	0
gnóstico brano en niños ores de 12 es) (EID)	154 136 capasits y SEAs más 18 laboratorios estatales incluyendo CIENI y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	136	0	0	0
	154 136 capasits y SEAs más 18 laboratorios estatales incluyendo CIENI y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	18 laboratorios estatales incluyendo CIENI y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	0	0	0
ra viral	154 136 capasits y SEAs más 18	18 laboratorios estatales	0	0	0

<u>o de pruebas de laboratorio</u>	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde se recogen muestras	Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba	Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba y que participan en un programa de evaluación externa de la calidad	Número de laboratorios o establecimientos de salud que requieren actividades de mejora de la calidad en base al ejercicio de evaluación externa de la calidad	Ennum las princ. activ. neces. para mejor calida
	laboratorios estatales incluyendo CIENI y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	incluyendo CIENI y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán			
bas de tipificación y macorresistencia VIH	02	02	0	0	0
EXpert (prueba tuberculosis)	02	02	0	0	0

Pregunta 27: Disponibilidad de tecnologías de laboratorio para el VIH: por favor, enumerar tantas tecnologías como posea su país a fines del 2014. Elimine aquellas que su país no posea. <u>Tipo de máquina</u>	Número de equipos de laboratorio	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde están instalados los equipos de laboratorio	Número total de equipos que no están en uso	Número de equipos de laboratorio que no están en uso							Número de equipos para los cuales se contrató un servicio de mantenimiento	Número de equipos a los que se les hizo mantenimiento en el 2014
				Sin reactivos	Sin instalar	Necesita reparación	Personal no capacitado	Retirado	Especifique otra razón y número de equipos	Especifique otra razón y número de equipos		
Tecnologías para pruebas de CD4												
• BD FACSCalibur	03	03	0	0	0	0	0	0	0	0	03	03

Pregunta 27: Disponibilidad de tecnologías de laboratorio para el VIH: por favor, enumerar tantas tecnologías como posea su país a fines del 2014. Elimine aquellas que su país no posea. <u>Tipo de máquina</u>	Número de equipos de laboratorio	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde están instalados los equipos de laboratorio	Número total de equipos que no están en uso	Número de equipos de laboratorio que no están en uso							Número de equipos para los cuales se contrató un servicio de mantenimiento	Número de equipos a los que se les hizo mantenimiento en el 2014
				Sin reactivos	Sin instalar	Necesita reparación	Personal no capacitado	Retirado	Especifique otra razón y número de equipos	Especifique otra razón y número de equipos		
• Coulter Epics	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	01	01
• Otros (especificar) Beckman Coulter	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	02	03

Pregunta 27: Disponibilidad de tecnologías de laboratorio para el VIH: por favor, enumerar tantas tecnologías como posea su país a fines del 2014. Elimine aquellas que su país no posea. <u>Tipo de máquina</u>	Número de equipos de laboratorio	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde están instalados los equipos de laboratorio	Número total de equipos que no están en uso	Número de equipos de laboratorio que no están en uso							Número de equipos para los cuales se contrató un servicio de mantenimiento	Número de equipos a los que se les hizo mantenimiento en el 2014
				Sin reactivos	Sin instalar	Necesita reparación	Personal no capacitado	Retirado	Especifique otra razón y número de equipos	Especifique otra razón y número de equipos		
Cytomic FC500												
Tecnologías para pruebas de carga viral												

Pregunta 27: Disponibilidad de tecnologías de laboratorio para el VIH: por favor, enumerar tantas tecnologías como posea su país a fines del 2014. Elimine aquellas que su país no posea. <u>Tipo de máquina</u>	Número de equipos de laboratorio	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde están instalados los equipos de laboratorio	Número total de equipos que no están en uso	Número de equipos de laboratorio que no están en uso							Número de equipos para los cuales se contrató un servicio de mantenimiento	Número de equipos a los que se les hizo mantenimiento en el 2014
				Sin reactivos	Sin instalados	Necesita reparación	Personal no capacitado	Retirado	Especifique otra razón y número de equipos	Especifique otra razón y número de equipos		
Abbott RealTime HIV-1 assay ^(A) /m2000sp/m2000rt	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3

Pregunta 27: Disponibilidad de tecnologías de laboratorio para el VIH: por favor, enumerar tantas tecnologías como posea su país a fines del 2014. Elimine aquellas que su país no posea. <u>Tipo de máquina</u>	Número de equipos de laboratorio	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde están instalados los equipos de laboratorio	Número total de equipos que no están en uso	Número de equipos de laboratorio que no están en uso							Número de equipos para los cuales se contrató un servicio de mantenimiento	Número de equipos a los que se les hizo mantenimiento en el 2014
				Sin reactivos	Sin instalar	Necesita reparación	Personal no capacitado	Retirado	Especifique otra razón y número de equipos	Especifique otra razón y número de equipos		
• COBAS® AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test (A) / Amplicor (Roche)	0	0	0	0	0	0	0	01	0	0	0	0

Pregunta 27: Disponibilidad de tecnologías de laboratorio para el VIH: por favor, enumerar tantas tecnologías como posea su país a fines del 2014. Elimine aquellas que su país no posea. <u>Tipo de máquina</u>	Número de equipos de laboratorio	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde están instalados los equipos de laboratorio	Número total de equipos que no están en uso	Número de equipos de laboratorio que no están en uso							Número de equipos para los cuales se contrató un servicio de mantenimiento	Número de equipos a los que se les hizo mantenimiento en el 2014
				Sin reactivos	Sin instalar	Necesita reparación	Personal no capacitado	Retirado	Especifique otra razón y número de equipos	Especifique otra razón y número de equipos		
• COBAS® AmpliPrep/COBAS® TaqMan® HIV-1 Qualitative ^(B) / COBAS TaqMan	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3

Pregunta 27: Disponibilidad de tecnologías de laboratorio para el VIH: por favor, enumerar tantas tecnologías como posea su país a fines del 2014. Elimine aquellas que su país no posea. <u>Tipo de máquina</u>	Número de equipos de laboratorio	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde están instalados los equipos de laboratorio	Número total de equipos que no están en uso	Número de equipos de laboratorio que no están en uso							Número de equipos para los cuales se contrató un servicio de mantenimiento	Número de equipos a los que se les hizo mantenimiento en el 2014
				Sin reactivos	Sin instalar	Necesita reparación	Personal no capacitado	Retirado	Especifique otra razón y número de equipos	Especifique otra razón y número de equipos		
48 (Roche)												
COBAS® AmpliPrep/COBAS® TaqMan® HIV-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Pregunta 27: Disponibilidad de tecnologías de laboratorio para el VIH: por favor, enumerar tantas tecnologías como posea su país a fines del 2014. Elimine aquellas que su país no posea. <u>Tipo de máquina</u>	Número de equipos de laboratorio	Número de laboratorios o establecimientos de salud donde están instalados los equipos de laboratorio	Número total de equipos que no están en uso	Número de equipos de laboratorio que no están en uso							Número de equipos para los cuales se contrató un servicio de mantenimiento	Número de equipos a los que se les hizo mantenimiento en el 2014
				Sin reactivos	Sin instalados	Necesita reparación	Personal no capacitado	Retirado	Especificaciones y número de equipos	Especificaciones y número de equipos		
Qualitative ^(B) / COBAS TaqMan 96 (Roche)												
^(A) - Ensayos utilizadas para medir niveles de ARN del VIH-1 (carga viral) ^(B) - Ensayos utilizados para la detección calitativa de ARN y AND del VIH-1 en adultos y niños (inclusive menores de 18 meses de edad).												

SECCIÓN 5: METAS DEL PAÍS CON FINES DE PROYECCIÓN

Pregunta 27. En el cuadro siguiente, informe sobre las metas nacionales para los próximos cinco (5) años en materia de tratamiento antirretroviral, prevención de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y pruebas de laboratorio.

Meta del país	A fines del 2015	A fines del 2016	A fines del 2017	A fines del 2018	A fines del 2019	A fines del 2020
1. Número de adultos y niños que reciben TAR						
1.1 Número de adultos y adolescentes ≥10 años que reciben TAR						
1.2 Número de niños <10 años que reciben TAR						
1.2.1 Número de niños <5 años que reciben TAR						
1.2.2 Número de niños de 5 a <10 años que reciben TAR						
2. Número total de embarazadas que iniciaron TAR para la PTMI del VIH						
2.1 Número de embarazadas en Opción B+						
2.2 Número de embarazadas en Opción B						
2.3 Número de embarazadas en Opción A						



Meta del país	A fines del 2015	A fines del 2016	A fines del 2017	A fines del 2018	A fines del 2019	A fines del 2020
3. Número total de personas a las que se le realizará la prueba del VIH						
4. Número total de personas a las que se le realizará la prueba de CD4						
5. Número total de personas a las que se le realizará la prueba de carga viral						
6. Número total de niños nacidos de madres VIH positivas a los que se les realizará la prueba de diagnóstico temprano						
7. Número total de pruebas serológicas del HIV						
8. Número de pruebas de CD4						
9. Número de pruebas de carga viral						
10. Número de pruebas de diagnóstico temprano en niños menores de 12 meses						

Meta del país	A fines del 2015	A fines del 2016	A fines del 2017	A fines del 2018	A fines del 2019	A fines del 2020

ANEXO III: Fichas técnicas de los indicadores

INDICADOR 1.17.1

Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis

Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis.		2014
Num erador:	Núm ero de m ujeres embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección de sífilis en la prim era consulta de atención prenatal.	1,312,555
Denom inador:	Núm ero de m ujeres que acuden a la prim era consulta de atención prenatal.	2,292,278
Porcentaje:	Porcentaje de m ujeres atendidas en los servicios de atención prenatal a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis.	57.3%

Notas:

Qué mide

La cobertura de las pruebas de detección de la sífilis en las mujeres que obtienen acceso prim ero a los servicios de atención prenatal.

Num erador:

Núm ero de m ujeres embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección de sífilis en la prim era consulta de atención prenatal.

Denom inador:

Núm ero de m ujeres que acuden a la prim era consulta de atención prenatal.

Cálculo

Num erador / Denom inador * 100

M étodo de

M edición propuesto por ONUSIDA:

¿Cómo se mide?: La prueba de la sífilis (tam iza je) debe hacerse a todas las embarazadas en su prim era consulta de atención prenatal. Los países que no puedan distinguir entre la prim era consulta y las subsiguientes pueden notificar los datos de este indicador siem pre que proporcionen

Frecuencia de

M edición:

No específica.

Desglose

Pruebas realizadas en la prim era visita de atención prenatal.

La inform ación fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Inform ación Sectorial en VIH/Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA). En el num erador, se incluye el núm ero de detecciones de sífilis realizadas en cualquier visita de atención prenatal (no sólo en la prim era) en: SS, MSS y PEM EX.

Metodología de

cálculo utilizada por México:

Para el denom inador se utiliza la estim ación de mujeres embarazadas, ya que se utiliza como denom inador de algunos indicadores relativos a la atención prenatal. En el país, las coberturas de atención son medidas con el núm ero estimado de mujeres embarazadas y no con el núm ero de mujeres embarazadas con al menos una visita de atención prenatal, debido a que este último datos tiene problemas de sub-registro o sobre-registro, en dependencia de la institución del sector salud público que se trate. Por esta razón, se utiliza la estim ación de nacim ientos ocurridos en el año en el país, según el Sistema Inform ativo de Nacim ientos (SNAC), realizado por la DG IS y proporcionado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.

Fuente del indicador reportado por

SS/CONASIDA Grupo de Inform ación Sectorial en VIH/Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación. Datos prelim inares 2014.

SS/DGIS. Sistema Inform ativo de Nacim ientos 2014 (SNAC). Datos

INDICADOR 1.17.2

Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis

Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis		2015		
		Secretaría de Salud	15-19 años	20-24 años
Num erador:	Núm ero de m ujeres atendidas en los servicios de atención prenatal con un resultado positivo en la prueba de detección de la sífilis.	3,393	ND	ND
Denom inador:	Núm ero de m ujeres atendidas en los servicios de atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de la sífilis.	886,688	ND	ND
Porcentaje:	Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis.	0.38%	ND	ND

Notas:

Qué mide	El porcentaje de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal que tienen una serología positiva para la sífilis.
Num erador:	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal con un resultado positivo en la prueba de detección de la sífilis.
Denom inador:	Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de la sífilis.
Cálculo	Num erador / Denom inador * 100
M étodo de Medición propuesto por ONUSIDA:	¿Cómo se mide? El estado serológico respecto a la sífilis puede medirse con pruebas no treponémicas (porejemplo, VDRL o RPR) o pruebas treponémicas (porejemplo, TPPA, TPHA, EIA o una variedad de pruebas rápidas disponibles), o bien, con una combinación de ambas, que sería lo ideal. Una prueba no treponémica reactiva, especialmente si el título es elevado indica una infección activa, mientras que el resultado positivo en una prueba treponémica indica cualquier infección anterior incluso si el tratamiento fue exitoso. Para los fines de este indicador (concebido para medir la seropositividad), es aceptable notificar seropositividad sobre la base del resultado de una sola prueba. Si se dispone de los resultados de ambas tipos de pruebas, la seropositividad para la sífilis se establece si el resultado de ambas pruebas es
Frecuencia de Medición:	No específica.
Desglose	Grupos de edad: Total, 15-24 años y mayores de 25 años.
Metodología de cálculo utilizada por México:	Se incluye información sobre de la Secretaría de Salud, correspondiente a los sistemas de información sobre insumos y servicios otorgados. En el num erador se incluye el número de detecciones de sífilis positivas realizadas en mujeres que acudieron a atención prenatal. En el denom inador, el total de detecciones de sífilis realizadas en mujeres embarazadas que acudieron a atención prenatal.
Fuente del indicador reportado por México:	SS/DG IS. <u>Sistema de Información en Salud (SIS)</u> . Datos preliminares, al 14 de enero del 2015.
Observaciones:	En México, la Secretaría de Salud atiende alrededor de 52.6% de las mujeres embarazadas en el país. Las pruebas de sífilis que se realizan en México son: laboratorio (RPR y VDRL) y pruebas

INDICADOR 1.17.4
Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa

Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa		2014		
		Total	Hom b r e s	M u j e r e s
Num erador:	Núm ero de profesionales del sexo con un resultado positivo para la sífilis activa.	149	61	88
Denom inador:	Núm ero de profesionales del sexo a los que se realizó la prueba de detección para la sífilis activa.	8,143	1,306	6,837
Porcentaje:	Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa	1.8%	4.7%	1.3%

Notas:

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

Num erador: Núm ero de profesionales del sexo con un resultado positivo para la sífilis activa.

Denom inador: Núm ero de profesionales del sexo a los que se realizó la prueba de detección para la sífilis activa.

Cálculo Num erador / Denom inador * 100

Herramientas de medición: Pueden utilizarse los datos de los sistemas ordinarios de información de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales.

Método de Medición propuesto por ONUSIDA: ¿Cómo medir?: El método tradicional para determinar la seroprevalencia ha sido realizar un tamizaje con pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (VDRL o RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (TPHA, MHATP o una prueba treponémica rápida). Las pruebas treponémicas rápidas recientes son más fáciles de usar, lo que promueve su uso para la detección sistemática, que idealmente irá acompañada de una prueba no treponémica que detecta los anticuerpos reagínicos. Sea cual sea el método utilizado, este indicador requiere una prueba no treponémica positiva Y una prueba treponémica positiva para indicar infección activa. Si se realiza una prueba RPR, el título debe ser >1:8 para que pueda considerarse sífilis activa.

Sibien el uso de una sola prueba, ya sea no treponémica o treponémica, es útil en algunas situaciones para fines terapéuticos, no es suficientemente específico para la vigilancia de los profesionales del sexo. La exigencia de ambas pruebas en los profesionales del sexo difiere del indicador de las pruebas de sífilis en las mujeres que reciben atención prenatal porque es más probable que los primeros tengan antecedentes de infección previa. Una

Frecuencia de Medición: No específica.

Desglose Total, masculino y femenino.

Metodología de cálculo Se incluye información de la Secretaría de Salud, correspondiente a los servicios especializados que atienden a personas con VIH, sida e ITS.

utilizada por En el numerador se incluye el número de detecciones de sífilis positivas realizadas en trabajadores sexuales (hombres y mujeres).

México: En el denominador se incluye el total de detecciones de sífilis realizadas en trabajadores sexuales (hombres y mujeres).

Fuente del

indicador reportado SS/DG IS, Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 2014, consulta el 09 de febrero del 2015.

por México:

Observaciones: En México, la Secretaría de Salud atiende alrededor del 55.4% de la población mexicana. Las pruebas de sífilis que se realizan en México son: laboratorio (RPR y VDRL) y pruebas



CENSIDA

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

INDICADOR 1.17.5

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

Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan sífilis activa		2015		
		Total	15-24 años	25 años o más
Num erador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan resultados positivos en las pruebas de detección de la sífilis.	1,445	ND	ND
Denom inador:	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres a los que se les realizó la prueba de detección de la sífilis.	15,188	ND	ND
Porcentaje:	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan sífilis activa.	9.5%	ND	ND

Notas:

Qué mide

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

Num erador:

Número de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y que presentan resultados positivos en las pruebas de detección de la sífilis.

Denom inador:

Número de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres a los que se les realizó la prueba de detección de la sífilis.

Cálculo

Num erador / Denom inador * 100

Herramientas de medición: sistemas ordinarios de información de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales.

Método de Medición propuesto por ONUSIDA:

¿Cómo medir?: El método tradicional para determinar la seroprevalencia ha sido realizar un tamizaje con pruebas no treponémicas que miden el anticuerpo reagínico (VDRL o RPR) y confirmar los resultados positivos con una prueba treponémica que mide el anticuerpo treponémico (TPHA, MHA-Tp o una prueba treponémica rápida). Las pruebas treponémicas rápidas recientes son más fáciles de usar, lo que promueve su uso para la detección sistemática, que idealmente iría acompañada de una prueba no treponémica que detecta los anticuerpos reagínicos. Sea cual sea el método utilizado, este indicador requiere una prueba no treponémica positiva Y una prueba treponémica positiva para indicar infección activa. Si se realiza una prueba RPR, el título debe ser >1:8 para que pueda considerarse sífilis activa.

Frecuencia de Medición:

Si bien el uso de una sola prueba, ya sea no treponémica o treponémica, es útil en

Desglose

No específica

Metodología de cálculo utilizada por México:

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

Fuente del indicador reportado por México:

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

Observaciones:

En México, la Secretaría de Salud atiende al alrededor del 15.4% de la población mexicana.

Las pruebas de sífilis que se realizan en México son: laboratorio (RPR y VDRL) y pruebas rápidas.

INDICADOR 1.17.6

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

Numerador:	Número de adultos reportados de sífilis durante el periodo de notificación.	2014				
		Total	Total de mujeres	Total de hombres	Mujeres con sífilis (primaria o secundaria)	Hombres con sífilis (primaria o secundaria)
		3,717	1,598	2,119	ND	ND
Denominador:	Número de personas de 15 años de edad o más.	86,188,632	44,881,912	41,306,720	ND	ND
Tasa por cada 100 mil personas de 15 años de edad o más	Tasa de adultos reportados de sífilis (primaria/secundaria y latente) por cada 100 mil personas de 15 años de edad o más en los últimos 12 meses.	4.3	3.6	5.1	ND	ND

Notas:

Qué mide	El progreso en la reducción de relaciones sexuales sin protección en la población general.
Numerador:	Número de adultos reportados de sífilis durante el periodo de notificación.
Denominador:	Número de personas de 15 años o más según la División de Población de las Naciones Unidas-UNPD.
Cálculo:	Numerador/Denominador*100 mil. La definición de caso, la capacidad de diagnóstico puede variar dentro de cada país, así como la subnotificación de este indicador es posible; en la ausencia de cambios importantes en la definición de caso y en las prácticas de detección en general, estos datos se pueden utilizar para el seguimiento de las tendencias en el transcurso del tiempo de cada país. Es importante que al notificar información sobre sífilis, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. La fuente de información sugerida son los sistemas ordinarios de información sanitaria.
Método de medición propuesto por ONUSIDA:	
Frecuencia de medición:	Anual
Desglose:	Por sexo, 15 años o más.
Metodología de cálculo utilizada por México:	El sistema de información epidemiológica del país no desagrega por etapas de la infección, sólo se reporta de manera agregada como sífilis adquirida. Para el 2014 (cifras preliminares), sólo se tiene la información disponible por entidad federativa y sexo, no por grupos de edad. Por esta razón, se aplicó la distribución porcentual de los casos nuevos de hombres de 15 años de edad y más, correspondiente a los datos definitivos 2013, a las cifras preliminares 2014. En este sentido, es importante mencionar que las cifras preliminares del sistema, de cinco años atrás generalmente han sido menores a las definitivas de cada año. En el numerador se incluye el resultado de la estimación mencionada anteriormente: casos nuevos de sífilis adquirida en adultos por sexo. En el denominador, se utilizan las proyecciones de población de 15 años de edad o más por sexo del país, debido a que las de UNPD (por sus siglas en inglés) no se encuentran disponibles.
Fuente del indicador reportado por México:	SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana-52. Datos preliminares, 2014. SS/DGE. SNAVE. Sistema de Notificación Semanal. Datos definitivos 2013. SG/CONAPO. Proyecciones de la Población de México 1990-2030.
Observaciones:	

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

Numerador	Número de casos con sífilis congénita notificados (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses	2014	
		Sífilis congénita Mortinatos	9
		Sífilis congénita Nacidos vivos	135
		Total	144
Denominador	Número de nacidos vivos	2,292,278	
Tasa (por mil nacidos vivos)	Tasa de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) por cada mil nacidos vivos en los últimos 12 meses	0.06	

Notas:

Qué mide

El progreso en la eliminación de la transmisión de madre a hijo de la sífilis.

Numerador:

Número de casos con sífilis congénita notificados (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses

Denominador:

Número de nacidos vivos de la División de Población de las Naciones Unidas (UNPD, por sus siglas en inglés).

Cálculo:

$\text{Numerador} / \text{Denominador} * 1000$

Método de Medición propuesto por ONUSIDA:

El diagnóstico de la sífilis congénita es más confiable cuando se utilizan pruebas de diagnóstico específicas que rara vez están disponibles en los países en desarrollo. Es importante que al notificar información sobre sífilis, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. Dadas las dificultades para diagnosticar la sífilis congénita, y dependiendo de la definición de caso utilizada, tanto la subnotificación como la notificación excesiva puede suponer un problema. Al examinar las tasas de la sífilis congénita hay que tener siempre en cuenta la magnitud probable de esos errores en la notificación. Sin embargo, si se utiliza una definición de caso uniforme, las tendencias a lo largo del tiempo pueden ser útiles.

Frecuencia de Medición:

Anual

Desglose:

Ninguno



INDICADOR 1.17.8

Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses

Numerador	Número de casos notificados de hombres de 15 años de edad o más con gonorrea (Infección gonocócica genitourinaria) durante el período de notificación	2014
		Hombres
		787
Denominador	Número de hombres de 15 años de edad o más	41,306,720
Tasa por cada 100 mil	Tasa de casos notificados de hombres con gonorrea, por cada 100 mil hombres de 15 años de edad o más, en los últimos 12 meses	1.9

Notas:

Qué mide	Los avances en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en los hombres.
Numerador:	Número de casos notificados de hombres de 15 años de edad o más con gonorrea (infección gonocócica genitourinaria) durante el período de notificación
Denominador:	Número de hombres de 15 años de edad o más de la División de Población de las Naciones Unidas (UNPD, por sus siglas en inglés).
Cálculo	$\text{Numerador} / \text{Denominador} * 100 \text{ mil}$
Frecuencia de Medición:	Anual
Desglose	Ninguno

La capacidad de diagnóstico puede variar en cada país; aunque la subnotificación de este indicador es posible, sino hay cambios en la definición de caso ni cambios importantes de las prácticas de tamizaje en general, estos datos pueden usarse para el seguimiento de las tendencias con el transcurso del tiempo dentro de un país. Es importante que al notificar información de gonorrea, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional.

Los datos sobre la gonorrea en mujeres, a pesar de ser útiles para fines de vigilancia en los niveles local y nacional, no se solicitan a nivel mundial debido a que la mayoría de las mujeres infectadas con *Neisseria gonorrhoeae* son asintomáticas y las pruebas diagnósticas sensibles para la gonorrea en mujeres no se encuentran fácilmente en los países en desarrollo.

Por lo tanto, los datos sobre la gonorrea en las mujeres depende demasiado de los recursos de diagnóstico y prácticas de tamizaje para que puedan vigilarse en forma adecuada en escala mundial. La fuente de información sugerida son los sistemas ordinarios de información sanitaria.

Para el 2014 (cifras preliminares), sólo se tiene la información disponible por entidad federativa y sexo, no se desglosa por grupos de edad. Por esta razón, se aplicó la distribución porcentual de los casos nuevos de gonorrea de los hombres de 15 años de edad y más, correspondiente a los datos definitivos 2013, a los casos nuevos de gonorrea en hombres según los datos preliminares del 2014. En este sentido, es importante mencionar que las cifras preliminares del sistema, de cinco años atrás generalmente han sido mayores a las definitivas de cada año; lo anterior en virtud de que, no todos los casos preliminares se confirman.

En el numerador se incluye el total de los casos nuevos de gonorrea en hombres durante el 2014 (preliminar). En el denominador se incluye las proyecciones de población masculina de 15 años de edad o más del país, debido a que las de UNPD (por sus siglas en inglés) no se encuentran disponibles.

INDICADOR 1.17.10

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

Numerador	Número de adultos notificados con enfermedad de úlcera genital durante el periodo de notificación	2014		
		Total	Hombres	Mujeres
		8,406	4,388	4,018
Denominador	Número de personas de 15 años de edad o más de edad	86,188,632	41,306,720	44,881,912
Tasa por cada 100 mil	Tasas de adultos notificados con úlcera genital, por cada 100 mil de personas de 15 años de edad o más, en los últimos 12 meses	9.8	10.6	9.0

Notas:

Qué mide

Los avances en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en la población general.

Numerador:

Número de adultos notificados con úlcera genital durante el periodo de notificación

Denominador:

Número de personas de 15 años de edad o más de la División de Población de las Naciones Unidas (UNPD, por sus siglas en inglés).

Cálculo

Numerador/Denominador*100 mil

Frecuencia de

Medición:

Anual

Desglose

Por sexo, de 15 años de edad o más.

Método de

Medición

propuesto por

ONUSDA:

La enfermedad de la úlcera genital es un síndrome de una úlcera causada generalmente por la sífilis, el virus del herpes simple y el chancro blando. La OMS ha proporcionado una definición de caso mundial, la definición de caso real y la capacidad de diagnóstico clínico puede variar dentro de cada país. Es importante que al notificar la información sobre la úlcera genital, los países indiquen hasta qué punto se considera que los datos son representativos de la población nacional. Los países deben efectuar evaluaciones periódicas de la etiología de la enfermedad de úlcera genital con el fin de garantizar la selección apropiada de medicamentos para el tratamiento y comprender en qué medida es recurrente en las infecciones de sífilis, herpes simple y el

Metodología de

cálculo utilizada

por México:

Se reportan los casos nuevos de sífilis adquirida, herpes genital y chancro blando en el 2014 (cifras preliminares), sin embargo, como son de carácter preliminar no se cuenta con el desglose por grupos de edad. Por esta razón, se aplicó la distribución porcentual de los casos nuevos de estas infecciones de hombres y mujeres de 15 años de edad o más, de los datos definitivos 2013, a los casos nuevos de sífilis adquirida, herpes genital y chancro blando en hombres y mujeres, cifras preliminares 2014. En este sentido, es importante mencionar que las cifras preliminares del sistema, de cinco años atrás generalmente han sido menores a las definitivas de cada año.

En el numerador, se reporta los casos nuevos de sífilis adquirida, herpes genital y chancro blando en adultos (según el procedimiento descrito anteriormente) y en el denominador se incluye las proyecciones de población masculina y femenina de 15 años de edad o más del país, debido a que las de UNPD (por sus siglas en inglés) no se encuentran disponibles.

Fuente

indicador

reportado

México:

del SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana-52/ Datos preliminares, 2014.
por SS/DGE. SINAVE/Sistema de Notificación Semanal/ Datos definitivos 2013.
por SG/CONAPO. Proyecciones de los Nacimientos de México, 1990-2030.
Tomada de la página electrónica: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>
(consultada el 13 de marzo del 2015)

INDICADOR N° 21		
Usuarios de drogas inyectables: programas de prevención		
2.1 Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año		2014
Num erador:	Número de jeringas distribuidas en los últimos doce meses por los programas de agujas y jeringas	643,320
Denom inador:	Número de usuarios de drogas inyectables en el país.	164,157
Núm ero :	Número de jeringuillas distribuidas por persona que usa drogas inyectables (Pudi) por año en los programas de agujas y jeringas	3.9
Notas: Qué mide Los avances hacia la mejora de la cobertura de un servicio indispensable de prevención del VIH para personas que usan de drogas inyectables (Pudi). Num erador: Número de jeringas distribuidas en los últimos doce meses por los programas de agujas y jeringas Denom inador: Número de usuarios de drogas inyectables en el país. Cálculo: Num erador / Denom inador Método de medición Datos del programa empleado para contar el número de jeringas distribuidas (num erador). propuesta por Estimación del número de Pudi en el país (denom inador). ONUSIDA: Frecuencia de medición: Bienal Desglose: Ninguno Metodología de cálculo utilizada por México: Para calcular el número de jeringas distribuidas por Pudi, se solicitó el reporte del número de jeringas distribuidas gratuitamente a esta población a los Programas Estatales para la Prevención y el Control del VIH y el sida, Organismos de la Sociedad Civil (OSC) que distribuyen jeringas para Pudi, al Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (Cenadic), a los Centros de Integración Juvenil, A.C. Para el 2014 no se contó con jeringas del proyecto financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria - Ronda 9, Acuerdo de Subvención MEX-910-G01-H: "Fortalecimiento de las estrategias nacionales de para el reporte de número de usuarios de drogas inyectables en el país, se volvió a utilizar la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA 2011), la cual señala que 164,157 personas 12 a 65 años de edad declararon haberse inyectado algún tipo de droga ilegal. Las diferencias en número de jeringas entre el 2013 y 2014 depende fundamentalmente de las aportaciones del Fondo Mundial (2,508,840 jeringas) que significaron el 77.6% de las jeringas que se distribuyeron en el 2013. Para este 2014 todavía se distribuyeron jeringas remanente del Fondo Mundial que no se alcanzaron a distribuir en el 2013. Las aportadas por los gobiernos federal y estatal alcanzó el 37%, donaciones internacionales recibidas por OSC 27%, del Fondo Mundial 22%, y las provenientes de organismos civiles representaron una aportación de 14% de Num erador: - SS/Censida. Jeringas distribuidas en el 2014. México, marzo 2015. - Organismos de la Sociedad Civil con trabajo en drogas inyectables, Inspira Cambio, A.C., Integración Social Verter, A.C., Itapuate Vive, A.C., Centro de Servicios Scer, A.C., Programa Compañeros, A.C., Institución de Beneficencia Privada Fátima IBP, M Bertorrida y Vida para el Enfermo con Sida, A.C., Prevencasa, A.C.), Redumex Jeringas distribuidas en el 2013. México, marzo 2015. - SS/Conadict et al. Usuarios de 12 a 65 años que se ha inyectado algún tipo de droga ilegal según sexo. En: <u>Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas</u>. Editor: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRM). Primera Edición. México, 2012. En el 2011 se distribuyeron 534,573 (incluidas 92,070 jeringas del Fondo Mundial) y en el 2012 esa cifra llegó a 1,904,961 jeringas distribuidas (financiadas por Fondo Mundial: 1,199,520). En el 2013 se distribuyeron 3,235,372 (2,508,840 financiadas por Fondo Mundial), en este periodo, de 2011 a 2013, el número de jeringas distribuidas a Pudi aumentó 3.7 veces: para el 2014 el número de jeringas distribuidas fue de 643,320. Para el año del 2014, dejó de operara el		
Fuente del indicador reportado por México:		
Observaciones:		

INDICADOR No 2.6a y 2.6b	
Número estimado de personas en terapia de sustitución de opiáceos (inyectores y no inyectores)	
2014	
Número estimado de usuarios de opiáceos (inyectores y no inyectores).	141,690
Número estimado de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (siglas en inglés OST) (UA 2011 #C3)	29,029
Notas:	ND= No disponible
Qué mide	El compromiso nacional y el progreso hacia el tratamiento de la dependencia de opiáceos y la reducción de las probabilidades de transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas.
Num erador:	Número estimado de usuarios de opiáceos (inyectores y no inyectores). Número estimado de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos
Denominador:	ND
Cálculo:	Num eradores
Método de Medición propuesta por	Datos de programa.
ONUSIDA:	
Frecuencia de Medición:	No establecida
Desglose:	Urbano/rural
Metodología de cálculo utilizada por México:	1.-El número estimado de usuarios de opiáceos que se presentan es la expansión del porcentaje hacia la población general de la misma edad y sexo publicado en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA 2011), la cual es una encuesta de hogares con representatividad nacional y regional, en la que se encuentran representadas áreas rurales -aquellas con un número de habitantes menor o igual a 2 500- y urbanas -aquellas con más de 2 500 habitantes-. La selección de las unidades muestrales se realizó en múltiples etapas: áreas geoestadísticas básicas (AGEB), manzanas o segmentos, viviendas y, finalmente, personas dentro de los hogares. La selección de viviendas se hizo a partir de los croquis y listados elaborados en campo usando una técnica de muestreo aleatorio sistemático. El trabajo de aplicación de cuestionarios de la ENA 2011 se desarrolló entre el 13 de junio al 29 de agosto de forma simultánea en las 32 entidades federativas. 2.- El número estimado de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (OST), se obtuvo preguntando al Centro Nacional contra las Adicciones (Cenadid), a Centros de Integración Juvenil, A.C. y a servicios particulares de atención a consumidores de drogas por el número de personas atendidas en OST en el 2014. De los Centros de Integración Juvenil se obtuvieron datos de 632 personas en 2 clínicas de atención y, en el conjunto de las restantes 16 servicios particulares considerados 28,397 personas.
Fuente del indicador reportado por México:	Estimado de usuarios de opiáceos: - SS/Conadict et.al. Usuarios de 12 a 65 años que se ha inyectado algún tipo de droga ilegal según sexo. En: Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Editor: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (NPRM). Primera Edición. México, 2012. Estimado de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos: -Asistencia Médica Contra la Adicción S de RL de CV, Centros de Integración Juvenil, A.C., Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones SA DE CV, Profesionales Contra la Adicción SA de CV. México, marzo 2015.
Observaciones:	En la ENA 2011 se considera a los opiáceos como "Drogas médicas", es decir fármacos de prescripción médica. Para considerar que el consumo de estas sustancias es con el fin de intoxicarse, el uso debe ser fuera de prescripción o por mayor tiempo o cantidad al indicado por el médico. Y, entre las drogas ilegales se encuentra la heroína. Los datos de la fuente de referencia por un lado estiman prevalencia acumulada de heroína opio (178,680) y de opiáceos (141,690), con cantidades independientes, donde los opiáceos son sustancias de uso legal controlado. Entre 2013 y 2014, el número estimado de personas en OST aumentó en 10.3% al pasar de 26,316 a 29,029, debido a que una clínica particular tuvo aumento de pacientes admitidos en OST.

INDICADOR No 2.7a 2.7b	
Número de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringa y de terapia de sustitución	
2014	
Número de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringa (NSP).	38
Número de sitios de terapia de sustitución (OST).	18
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. Num erador: Número de servicios con programas de intercambio de agujas y jeringa (NSP). Número de sitios de terapia de sustitución (OST). M etodo de Datos de programa. M edición propuesta por No establecida Frecuencia de M edición: No establecida Desglose: Urbano/rural	
M etodología de cálculo 1.- NSP: Para contabilizar los programas de intercambio de jeringa se solicitó el número de estos servicios que instalaron u operaron en el 2014 organismos de la sociedad civil que trabajan con personas que usan drogas inyectables (Pudí), Programas Estatales en VIH y el sida. utilizada por México: 2.- OST: Se solicitó al Cenadi y a servicios particulares de atención a consumidores de drogas, identificar el número de clínicas o sitios que ofrecen terapia de sustitución de opiáceos. Ambos servicios (de NSP y OST) están ubicados en áreas urbanas. Fuente del indicador NSP: - Organismos de la Sociedad Civil con trabajo en drogas inyectables, Inspira Cam bio, A.C., Integración Social Verter, A.C., Itapuate Vive, A.C., Centro de Servicios Scer, A.C., Programa Compañeros, A.C., Institución de Beneficencia Privada Fátima BP, Misericordia y Vida para el Enfermo con Sida, A.C., Prevencasa, A.C.), Redum ex Jeringas distribuidas en el 2014. México, marzo 2015. reportado por México: - Programas Estatales en VIH/sida e its (Baja California, Chihuahua, Coahuila, Tamaulipas, Sonora, Zacatecas, Nuevo León, Sinaloa, D.F. Clínica Condesa). GARPR 2015 Jeringas distribuidas 2014. México, marzo 2015. OST: - Asistencia Médica Contra la Adicción S de RL de CV, Centros de Integración Juvenil, A.C., Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones SA DE CV, Profesionales Contra la Adicción SA de CV. Clínicas de metadona 2014. México, marzo 2015. Los programas de NSP se refieren a cualquier programa que ofrece acceso a equipos limpios de inyección y a una eliminación segura de los mismos, a través de programas de intercambio fijos o móviles o por medio de las farmacias donde se proporcionan los equipos de forma gratuita. Se ligero aumento de sitios de distribución gratuita de jeringas al pasar de 31 en el 2013 a 38 en el 2014	
Observaciones: Para los OST, las empresas particulares proporcionaron información de la existencia de 16 centros de atención a usuarios de drogas que dan OST. los Centros de Integración Juvenil, A.C. mantuvieron el funcionamiento de 2 clínicas que dan tratamiento de sustitución de opiáceo. Hay una disminución de 3 clínicas posiblemente debido a que no tuvimos reporte del Cenadi.	

INDICADOR No. 3.1		
Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antiretrovirales en los últimos 12 meses para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil durante el embarazo y el parto.		
Prevención de la transmisión materno infantil		2014
Num erador:	Número de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antiretrovirales en los últimos 12 meses para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil durante el embarazo y el parto.	1,281
Denominador:	Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos doce meses.	
Porcentaje:	Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antiretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil.	
Aclaración sobre el numerador: El numerador debería desglosarse en los siguientes seis tratamientos (los tres primeros son los recomendados actualmente por la OMS) que pueden recibir las embarazadas seropositivas para prevenir la transmisión materno infantil: Numerador 1) Las mujeres acaban de comenzar tratamiento antiretroviral durante el actual embarazo. 2) Ya seguían el tratamiento antiretroviral antes del embarazo actual. 3) Profilaxis antiretroviral triple para la madre (con componente profiláctico de Opción B de la OMS). 4) AZT para la madre (con componente profiláctico durante el embarazo y el parto de la Opción A de la OMS o directrices de la OMS de 2006). 5) Monodosis de Nevirapina, únicamente (con o sin fase fetal). 6) Otros (especifique: por ejemplo, tratamiento determinado, sin clasificar, etc.) Si no existen datos desglosados para 1 y 2, facilite el número total de mujeres embarazadas que siguen un tratamiento antiretroviral de por vida. Denominador Número estimado de mujeres embarazadas con VIH que dieron a luz en los últimos 12 meses.		2014
Notas: Los progresos realizados en la prevención de la transmisión materno infantil del VIH durante el embarazo y el parto mediante el suministro de medicamentos antiretrovirales. Este indicador permite a los países realizar un seguimiento de la cobertura del suministro de fármacos antiretrovirales a las embarazadas seropositivas con objeto de reducir el riesgo de transmisión del VIH a los bebés durante la gestación y el parto. Cuando los datos se desglosan por tratamiento, este indicador puede mostrar un mayor acceso a los tratamientos farmacológicos antiretrovirales más eficaces para las mujeres embarazadas que viven con el VIH. Dado que el indicador suele medir el número de medicamentos antiretrovirales distribuidos inicialmente, y no los consumidos, en muchos casos no es posible determinar la adherencia al tratamiento. El tratamiento postparto, que incluye terapia antiretroviral para reducir el riesgo de transmisión durante la lactancia materna, se refleja en el indicador 3.1a. Asimismo, el indicador 3.7 mide el porcentaje de niños nacidos de madres infectadas por el VIH y que reciben profilaxis antiretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno infantil en las seis primeras semanas de vida. Número de embarazadas seropositivas que recibieron medicamentos antiretrovirales durante los últimos doce meses para reducir el riesgo de transmisión materno infantil durante el embarazo y el parto. Numerador: Los informes a nivel mundial que recopilan información sobre la cobertura de los medicamentos antiretrovirales para la PTM I excluyen a las mujeres que recibieron una sola dosis de nevirapina, ya que no se considera un tratamiento adecuado. No obstante, el país deberá notificar el número de mujeres que recibió una sola dosis de nevirapina. Denominador: Número estimado de seropositivas que dieron a luz en los últimos doce meses. Cálculo: Numerador / Denominador * 100 Frecuencia de Medición: Al menos una vez al año, dependiendo de las necesidades de seguimiento del país. Categoría: Las primeras dos opciones incluyen a mujeres que reciben terapia antiretroviral de por vida (incluida la Opción B+) 1) Mujeres que acaban de comenzar el tratamiento durante el embarazo actual 2) Ya en tratamiento antes del embarazo. Aclaración: Tratamiento de transmisión de medicamentos ideado para proporcionar terapia antiretroviral de por vida 1) Número de embarazadas seropositivas identificadas en el período de notificación como recién iniciadas a la terapia antiretroviral de por vida. 2) Número de embarazadas seropositivas identificadas en el período de notificación como mujeres que ya habían iniciado la terapia antiretroviral antes de su primera visita a un centro de asistencia prenatal. Si una mujer ha iniciado la terapia antiretroviral de por vida durante el parto, se la incluirá en la categoría 1. Si se impone el número de mujeres que toman antiretrovirales, pero no del mismo tipo de inicio de la terapia antiretroviral, el número de mujeres puede incluirse en la casilla "Número total de mujeres embarazadas que siguen terapia antiretroviral de por vida". Ejemplos con unes: Tratamiento nacional estándar, por ejemplo: • TDF+3TC+EFV • AZT+3TC+NVP Categoría: 3) Profilaxis antiretroviral triple para la madre (con componente de profilaxis de la OMS, Opción B, durante la gestación y el parto). Aclaración: Tratamiento de transmisión de medicamentos que se usa durante la profilaxis de la PTM I. Emplea en algún momento durante el embarazo o en el parto, con la intención de que se detenga al final del período de lactancia (o durante el parto, si no hay lactancia). Si una mujer recibe tres fármacos antiretrovirales por primera vez en el parto, deberá incluirse en esta categoría, siempre y cuando el centro donde esté aplique la Opción B. Ejemplos con unes: • TDF+3TC+EFV • AZT+3TC+EFV • AZT+3TC+LPV/r Categoría: 4) AZT para la madre (con componente de profilaxis de la OMS, Opción A, durante la gestación y el parto). Aclaración: Tratamiento profiláctico que emplea AZT (o cualquier otro NRTI) y que comienza a partir de las 14 semanas durante el parto, para prevenir la transmisión del VIH. Si una mujer recibe fármacos antiretrovirales por primera vez durante el parto, deberá incluirse en esta categoría siempre y cuando el centro donde esté aplique la Opción A. Ejemplos con unes: • AZT en cualquier momento antes del parto + NVP durante el parto. • AZT en cualquier momento antes del parto + NVP durante el parto + AZT/3TC durante 7 días después del parto. Categoría: 5) Monodosis de nevirapina a la madre durante la gestación o el parto. Aclaración: • La nevirapina es el único tratamiento que se le puede administrar a una embarazada seropositiva durante la gestación, el parto o el lactar, con la intención de que se detenga al final del período de lactancia (o durante el parto, si no hay lactancia). • La nevirapina se administra con el fin de la Opción A durante la gestación o, El numerador debe coincidir con los valores incluidos en Spectrum; de lo contrario, se enviará una consulta automática al equipo para indicar que los valores deben ser coherentes. GARPR 1) Mujeres que acaban de comenzar el tratamiento durante el embarazo actual. 2) Ya en tratamiento antes del embarazo. 3) Profilaxis antiretroviral triple para la madre (con componente de profilaxis de la OMS, Opción B, durante la gestación y el parto). 4) AZT para la madre (con componente de profilaxis de la OMS, Opción A, durante la gestación y el parto). 5) Monodosis de nevirapina a la madre durante la gestación o el parto. 6) Otro (nominalmente se limita a países que siguen administrando AZT para la madre que empezaron el tratamiento en una fase tardía del embarazo). Spectrum Tratamiento antiretroviral iniciado durante el embarazo actual. Tratamiento antiretroviral iniciado antes del período de lactancia (o durante el parto, si no hay lactancia). Opción B: Terapia profiláctica a partir de las 14 semanas. Opción A: AZT para la madre. Monodosis de nevirapina. AZT para la madre según las directrices de la OMS de 2006. Spectrum necesita datos sobre tratamientos históricos. Esta categoría se mantiene para describir los tratamientos administrados en años anteriores. Aclaración sobre el denominador: Se pueden usar dos métodos para estimar el denominador: 1. Un método de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum; en este caso, use los datos correspondientes al número de embarazadas que necesitan la prevención de la transmisión materno infantil del VIH "o" 2. Multiplicar el número total de mujeres que dan a luz en los últimos 12 meses (que puede obtenerse a partir de las estadísticas de nacimientos de la oficina central de estadística o de la División de Población de las Naciones Unidas, o de sistemas de registros de embarazos que incluyan datos completos) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia del VIH en embarazadas (que se puede obtener a partir de los datos de la vigilancia censal de los centros de asistencia prenatal y de los ajustes necesarios relacionados con la cobertura de encuestas en centros de asistencia prenatal), si los métodos de proyección de Spectrum no están disponibles. Para garantizar la comparabilidad, los datos obtenidos del programa Spectrum se usarán como denominador cuando se lleven a cabo los análisis a nivel global. Método de Medición: Faz el numerador: registros agrupados del programa nacional, procedentes de las hemáticas de seguimiento incluidas en los programas, con o historiales de pacientes y formularios de información resumida.		



INDICADOR 3.4

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

2014		
Porcentaje de embarazadas que conocen su estado serológico con respecto al VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio <72 horas), incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto al VIH).		N D
Num erador:	Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH en los 12 últimos meses y que recibieron el resultado, ya sea durante el embarazo, el parto o el período posparto (< 72 horas), incluidas aquellas cuyo estado serológico se conocía previamente	N D
Desglose:		N D
Número total de embarazadas a las que se les realizó la prueba (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas).		N D
Número total de embarazadas a las que se les realizó la prueba y que recibieron el resultado (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas).		N D
Número total de embarazadas que tuvieron un resultado positivo (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas).		N D
a) Número total de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal a quienes se les realizó la prueba de detección del VIH durante la atención prenatal y recibieron el resultado o sabían que eran seropositivas.		
Número total de embarazadas a las que se les realizó la prueba (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas).		1,220,768
Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba y que recibieron el resultado (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas).		N D
Número de embarazadas que tuvieron un resultado positivo del total anterior (incluidas aquellas que se sabía previamente que eran positivas).		N D
a.i) Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención prenatal cuyo estado serológico con respecto al VIH no se conocía a las que se les realizó la prueba de detección y		
Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba.		N D
Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba y que recibieron el resultado.		N D
Embarazadas seropositivas para el VIH del total a las que se les realizó la prueba.		N D
a.ii) Número de embarazadas con un estado seropositivo para el VIH conocido que acudieron a servicios de atención prenatal por un nuevo embarazo		
Número de embarazadas seropositivas para el VIH		N D
b) Número de embarazadas que acudieron a servicios de atención del parto cuyo estado serológico se desconocía a las que se les realizó la prueba durante el parto y que recibieron el resultado		
Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba.		N D
Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba y que recibieron el resultado.		N D
Embarazadas seropositivas para el VIH del total a las que se les realizó la prueba.		N D
c) Número de mujeres con estado serológico desconocido con respecto al VIH que acudieron a servicios de posparto en las 72 horas siguientes al parto a las que se les realizó la prueba de detección y que recibieron el resultado		
Número de mujeres a las que se les realizó la prueba.		N D
Número de mujeres a las que se les realizó la prueba y que recibieron el resultado.		N D
Mujeres seropositivas para el VIH del número anterior.		N D
Denominador:	Número estimado de embarazadas en los últimos 12 meses.	

Notas:

Qué mide

Este indicador evalúa los esfuerzos para identificar el estado serológico de las embarazadas en los 12 últimos meses.

Num erador:

Número de embarazadas a las que se les realizó la prueba de detección del VIH en los 12 últimos meses y que recibieron el resultado, ya sea durante el embarazo, el parto o el período posparto (< 72 horas), incluidas aquellas cuyo estado serológico se conocía previamente

Se compone del número de mujeres con estado serológico desconocido respecto al VIH que acuden a los servicios de atención prenatal, atención durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, que se han hecho la prueba de detección del VIH y conocen el resultado; y del número de mujeres con infección por el VIH conocida que acuden a los

INDICADOR 3.6

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

2013

Porcentaje:	Porcentaje de embarazadas seropositivas para el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretroviral mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4.	# ;D IV / 0 !
Num erador:	Num erador: Número de mujeres embarazadas infectadas con VIH evaluadas para recibir terapia antirretroviral a través de su estado clínico o prueba de CD4, en los últimos 12 meses.	851
Desglose:		
Por estado clínico		92
Por prueba de CD4		759
Denom inador:	Número estimado de embarazadas seropositivas para el VIH	

Notas:

Qué mide La cobertura de las embarazadas seropositivas para el VIH que son evaluadas para determinar si pueden recibir tratamiento antirretroviral ya sea clínicamente, usando los criterios de estadificación clínica de la OMS, o inmunológicamente, realizando el recuento de los linfocitos CD4. La evaluación de la idoneidad para el TAR puede realizarse en el propio centro o mediante derivación.

Num erador: Número de embarazadas seropositivas para el VIH que en los 12 últimos meses han sido evaluadas mediante estadificación clínica o análisis de linfocitos CD4 para determinar si son aptas para recibir tratamiento antirretroviral, ya sea en el centro o mediante derivación.

Denom inador: Número estimado de embarazadas seropositivas para el VIH

Cálculo
$$\text{Num erador} / \text{Denom inador} * 100$$

El num erador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos. Los medicamentos antirretrovirales pueden administrarse a lactantes expuestos al VIH poco después del parto en los establecimientos.

El num erador se calcula a partir de los registros de los programas nacionales obtenidos de los registros de los establecimientos.
La evaluación puede llevarse a cabo en los consultorios de atención prenatal y en las unidades de atención y tratamiento de la infección por el VIH, en el centro o por derivación.

M étodo de Medición propuesto Deben agregarse los datos de los registros apropiados, considerando en cuáles se recogen los datos, dónde se realiza la evaluación, los posibles recuentos dobles o subestimaciones y la necesidad de datos exactos para el nivel nacional.

por ONUSIDA: Deben incluirse todos los establecimientos de salud no gubernamentales que evalúen la idoneidad de las embarazadas seropositivas para el VIH para recibir tratamiento antirretroviral, ya sea en el centro o por derivación.

Pueden usarse dos métodos para calcular el denominador:

a) un modelo de proyección, como el proporcionado por el programa Spectrum : utilice el "número de embarazadas que necesitan la prevención de la transmisión a tem o infantil del VIH"; o

b) multiplique el número total de mujeres que dieron a luz en los 12 últimos meses (puede obtenerse a partir de los cálculos del organismo central de estadística o de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas) por el cálculo nacional más reciente de la prevalencia de la infección por el VIH en embarazadas (puede obtenerse de la vigilancia censal de la infección por el VIH realizada en los consultorios de atención prenatal).

Frecuencia de Medición: Método de evaluación de la idoneidad para recibir tratamiento antirretroviral: estadificación clínica, análisis de los linfocitos CD4

INDICADOR 3.11

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

Indicador	2014
Número de mujeres embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación.	2,292,278

Notas:

Qué mide

El número de mujeres embarazadas que recibieron al menos una consulta de atención prenatal.

Num erador:

Número de mujeres embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación.

Denominador:

No aplica.

Cálculo

Número de mujeres embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación.

Método de

Medición propuesto por ONUSIDA:

Representa el número de personas, y no el número de visitas, lo que significa que si una mujer embarazada visita tres veces la clínica de atención prenatal, solo se contará una vez.

Frecuencia de Medición:

Anual.

Desglose

No aplica.

Metodología de

cálculo utilizada por México:

En virtud de que, este número se utiliza como denominador de algunos indicadores relativos a la atención prenatal, en el país las coberturas de atención son medidas con el número estimado de mujeres embarazadas y no con el número de mujeres embarazadas con al menos una visita de atención prenatal, debido a que este último dato tiene problemas de sub-registro o sobre-registro, en dependencia de la institución del sector salud público que se trate. Por esta razón, se utiliza la estimación de nacimientos ocurridos en el año en el país, según el Sistema Informativo de Nacimientos (SNAC), realizado por la DGS y proporcionado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.

Fuente del indicador reportado por

México:

SS/DGS. Sistema Informativo de Nacimientos 2014 (SNAC). Datos proporcionados por: SS/CNEGSR.

Observaciones:



ND EADOR No. 4.1

Tratamiento delVH : terapia antirretroviral. Porcentaje de adultos y niños que recibe actualm ente tratamiento antirretrovírico de entre todos los adultos y niños que viven con elVH

Tratamiento delVH : terapia antirretroviral. Porcentaje de adultos y niños que recibe actualm ente tratamiento antirretrovírico de entre todos los adultos y niños que viven con elVH		2014			
		Todos	Hombres	Mujeres	Sexo desconocido
Númeroador:	Número de adultos y niños que reciben actualm ente tratamiento antirretrovírico según el protocolo de tratamiento aprobado a nivel nacional (o nomstrato de la Oms) a finales del período de presentación de inform es.	97,541	76,761	20,764	16
Denominador:	Número estimado de adultos y niños que viven con elVH				
Denominador:	Número estimado de adultos y niños elegibles (utilizando los criterios nacionales de elegibilidad)				
Númeroero	Personas que han iniciado por primera vez el tratamiento antirretrovírico durante el último año de presentación de inform es	13,226	10,516	2,710	0

DESGLOSE POR GRUPO ETARIO												
		Menores de 15 años	Mayores de 15 años	<1 año	1-4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 49 años	50 y más años	Edad desconocida
Porcentaje	actualmente tratamiento antirretrovírico de entre todos los adultos y niños que viven con elVH	% /0!	% /0!	% /0!	% /0!	% /0!	% /0!	% /0!	% /0!	% /0!	% /0!	% /0!
Númeroador	Número de adultos y niños que reciben actualm ente tratamiento antirretrovírico según el protocolo de tratamiento aprobado a nivel nacional (o nomstrato de la Oms) a finales del período de presentación de inform es.	1,949	95,362	122	465	658	704	1,220	5,974	70,311	17,857	230
Denominador1	Número estimado de adultos y niños que viven con elVH											
Denominador2	Número estimado de adultos y niños elegibles (utilizando los criterios nacionales de elegibilidad). Los criterios nacionales sobre la elegibilidad para recibir tratamiento antirretrovírico varían de unos países a otros. Para que este indicador sea comparable entre países, los informes mundiales presentan la cobertura del tratamiento antirretrovírico para adultos y niños como un porcentaje de todas las personas que viven con elVH .											
Númeroero	Personas que han iniciado por primera vez el tratamiento antirretrovírico durante el último año de presentación de inform es	353	12,873	119	111	66	57	445	1,796	9,230	1,402	0

DESGLOSE POR SECTOR		
Sector	Público	Privado
Númeroador	96,739	802
Notas:		
Qué m ide	Elavance hacia elsum istro de terapía antirretroviralde combinación a todas las personas que reúnen los requisitos para recibirl.	
Númeroador:	Número de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapía antirretroviralde acuerdo con el protocolo de tratamiento nacional aprobado (o los criterios de la Oms) al final del período de notificación.	
	Número estimado de adultos y niños que viven con elVH	
Denominador:	Los criterios que deciden si una persona puede recibir tratamiento antirretroviralvarían en cada país. Para lograr que este indicador se pueda com pararse entre distintos países, los informes mundiales han de presentar la cobertura de tratamiento antirretroviralpara adultos y niños como un porcentaje de todas las personas que viven con elVH .	
Cálculo:	Númeroador/Denominador*100	
	Se han de notificar los porcentajes para 2012, para poder seguir las tendencias anuales de cobertura.	
Frecuencia de edición:	Se han de recopilardatos de fom a continua dentro delcentro. Los datos deberían agregarse de fom a periódica, preferentemente cada mes o trimestre. El dato más reciente mensual debe estar disponible en el informe anual.	
Desglose:	• Sexo	
	• Edad (menores de 15 años, a partir de 15 años, 15-49, <1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+)	
	• Público/Privado	
	• Personas que iniciaron la terapía antirretroviral durante el último año de notificación (este indicador debe obtenerse de las mismas fuentes que el número total de personas que reciben terapía antirretroviral).	
	Aclaraciones sobre el númeroador	
Método de edición propuesta por ONUSIDA:	El númeroador puede calcularse por medio del número de adultos y niños que recibía terapía antirretroviralde combinación al final del período de notificación.	
	El númeroador debe ser igual al número de adultos y niños elegibles que alguna vez ha empezado un tratamiento antirretroviral, menos el de pacientes que no recibió tratamiento antes del final del período de informe aún cubierto.	
Metodología de cálculo utilizada	Los pacientes que no reciben un tratamiento en la actualidad, en otras palabras, aquellas personas excluidas del númeroador son pacientes que han fallecido, han abandonado el tratamiento o cuyo seguimiento se ha perdido.	
	Algunos pacientes seogen sím acos antirretrovirales para varios meses en una visita, que podrían incluir los recibidos para los últimos meses del período de informe aún cubierto, pero no han sido registrados como o visitas para los últimos meses en el registro del paciente. Hay que preocuparse tener en cuenta a dichos pacientes ya que deben incluirse en el númeroador.	
	En este indicador no se incluyen la terapía antirretroviral administrada sólo con el objeto de prevenir la transmisión matemoinfantil y la profilaxis posterior a la exposición. Las embarazadas seropositivas que reciben una terapía antirretroviral de profilaxis se incluyen en el indicador.	
	Aclaraciones sobre el denominador	
	El denominador se obtiene estimando el número de personas que viven con elVH . En años anteriores, el número y la Oms informaron sobre el porcentaje de personas elegibles en base al número de personas elegibles según los criterios de la Oms. En 2014, este criterio se modificó para incluir a todas las personas que viven con elVH . Esto no avala el concepto que todas las personas que viven con elVH deban recibir terapía antirretroviral, sino que es una medida más simple que no cambia con el tiempo y que da unos valores de cobertura coherentes al com pararse a escala mundial y a localizarse para fines nacionales.	
	Las estimaciones del denominador suelen obtenerse a partir de los datos más recientes de vigilancia censal o a través de un programa de generación de modelos delVH , como o Spectrum . Para obtener más inform ación sobre las estimaciones de las necesidades relacionadas con elVH , los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en cada centro y agregarse de fom a periódica. En los informes anuales deben utilizarse los datos más recientes para un año completo.	
	Para el númeroador: registros de los centros sobre la terapía antirretroviral y los formularios transversales correspondientes.	
	Para el denominador: debe de estimarse elVH , como o Spectrum .	
	Los datos deben recopilarse de manera continua en	

INDICADOR No. 4.2a								
Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 12 meses después de iniciarlo								
Porcentaje de adultos y niños seropositivos que se sabe que siguen el tratamiento antirretroviral 12 meses después de iniciarlo		2014						
		Todos	Hombres	Mujeres	<15	15 años o más	Estado de embarazo al iniciar la terapia	Estado de lactancia al iniciar la terapia
Num erador:	Número de adultos y niños que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral 12 meses después de iniciarlo.	8,619	6,996	1,623	149	8,470	ND	ND
Denominador:	Número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral y que se espera que reciban resultados anuales dentro del periodo de presentación del informe. Incluidos aquellos que han fallecido desde el inicio del tratamiento antirretroviral, aquellos que abandonaron el tratamiento y aquellos cuyo seguimiento se perdió a partir del mes 12.	10,391	8,211	2,180	257	10,134	ND	ND
Porcentaje:	Porcentaje de adultos y niños seropositivos que se sabe que siguen el tratamiento antirretroviral 12 meses después de iniciarlo	82.9%	85.2%	74.4%	58.0%	83.6%	ND	ND

Información adicional	
Seguimiento intermedio	0
Abandono de la terapia	1,134
Fallecimiento	638
Total	1,772

Notas: ND: No disponible.

Qué mide: Los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretroviral.

Num erador: 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: Num erador/Denominador*100

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

Desglose:

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

Aclaración sobre el num erador:
En el num erador deben incluirse los pacientes adultos y niños que siguen con vida y en terapia antirretroviral 12 meses después del inicio del tratamiento. Para poder realizar una interpretación completa de la supervivencia, deben recabarse los siguientes datos:

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

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

Por ejemplo, los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en mayo de 2012, si en algún momento del periodo comprendido entre mayo de 2012 y mayo de 2013 fallecieron, se perdieron para el seguimiento (y no volvieron) o interrumplieron el tratamiento (y no lo retomaron), ya no están en terapia antirretroviral en el duodécimo mes (en mayo de 2013) no se incluyan en el num erador. Por el contrario, un paciente que empezó la terapia antirretroviral en mayo de 2012, dejó de ir a una visita en junio de 2012, pero está registrado como un paciente que recibe terapia antirretroviral en mayo de 2013 (en el duodécimo mes), estará en terapia antirretroviral y se incluirá en el num erador. Lo importante es que el paciente que comenzó la terapia antirretroviral en mayo de 2012 está registrado como persona que sigue con vida y en terapia antirretroviral 12 meses después, independientemente de lo que haya pasado entre mayo de 2012 y mayo de 2013.

Los registros de terapias antirretrovirales deben incluir diversas variables que describan a los pacientes; por ejemplo, la edad del paciente al inicio del tratamiento. Además, muchos registros incluirán información que indique si el paciente estaba embarazada o amamantando al inicio del tratamiento. Es preciso calcular la retención en la terapia antirretroviral para estos subconjuntos de mujeres, a fin de determinar el número de embarazadas y de mujeres que están amamantando que siguen con la terapia a los 12 meses del inicio.

Aclaración sobre el denominador:
El denominador es el número total de adultos y niños en los grupos de terapia antirretroviral inicial que comenzó la terapia en algún momento de los 12 meses anteriores al comienzo del periodo de información, independientemente de su resultado a los 12 meses.

Por ejemplo, para el periodo de información del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013, se incluirá a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral durante el periodo de 12 meses que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012. Es decir, se incluye a todos los pacientes, tanto los que están en terapia antirretroviral como los fallecidos, los que han dejado el tratamiento o los que se han perdido para el seguimiento en el duodécimo mes.

En cuanto a los centros sanitarios, el número de adultos y niños en terapia antirretroviral a los 12 meses incluye a los pacientes que se han incorporado en algún momento entre el comienzo del tratamiento y el fin del periodo de 12 meses y excluye a aquellos que han salido durante el mismo periodo, para que refleje la cohorte neta actual de cada establecimiento. Es decir, en lo que al centro sanitario respecta, estos últimos no se incluyan en el num erador ni en el denominador. De la misma forma, los primeros se tendrán en cuenta tanto para el num erador como para el denominador. A nivel nacional, el número de pacientes incorporados debe cuadrar con el número de pacientes excluidos. Por lo tanto, la cohorte neta actual (los pacientes cuyos resultados se establecieron es actualmente responsable de registrar: el número de pacientes de los grupos iniciales más los incorporados menos los excluidos) a los 12 meses debe ser igual al número del grupo cohorte inicial 12 meses antes.

Heurísticas de seguimiento incluidas en los programas; formularios de análisis de cohorte/de grupo.

INDICADOR No. 4.2b								
Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 24 meses después de iniciarlo								
Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral 24 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2012		2014						
		Total	Hombres	Mujeres	<15	15+	Estado de embarazo al iniciar la terapia	Estado de lactancia al iniciar la terapia
Num erador:	Número de adultos y niños que siguen el tratamiento antirretroviral a los 24 meses después de iniciar el tratamiento (en los que iniciaron el tratamiento en 2012)	7,564	5,990	1,574	156	7,408		
Denom inador:	Número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2012 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 24 meses dentro del período de notificación correspondiente al 2014 (o 24 meses después del período de inicio especificado)	10,110	7,707	2,403	244	9,866		
Porcentaje:	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral 24 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2012	74.8%	77.7%	65.5%	63.9%	75.1%	# p IV / 0!	# p IV / 0!

Información adicional	
Seguimiento interrumpido	9
Abandono de la terapia	1,736
Fallecimiento	801
Total	2,546

Notas:

Qué mide: Los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretroviral.

Num erador: Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretroviral a los 24 meses de haber iniciado el tratamiento.

Denom inador: 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 período de 24 meses desde el inicio de la terapia, incluyendo aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos para el seguimiento en el duodécimo mes.

Cálculo: Num erador/Denom inador*100

Frecuencia de Medición: A media que los pacientes comienzan la terapia antirretroviral, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continua para dichos pacientes. Deben agruparse los datos de las cohortes mensuales que han completado por lo menos 24 meses de tratamiento.

Desglose:

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

Aclaración sobre el num erador:
En el num erador deben incluirse los pacientes adultos y niños que siguen con vida y en terapia antirretroviral 24 meses después del inicio del tratamiento. Para poder realizar una interpretación completa de la supervivencia, deben recabarse los siguientes datos:

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

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

Por ejemplo, los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en mayo de 2011, si en algún momento del período de seguimiento entre mayo de 2011 y mayo de 2013 fallecieron, se perdieron para el seguimiento (y no volvieron) o interrumpieron el tratamiento (y no lo retomaron), ya no estarán en terapia antirretroviral en el vigésimo cuarto mes (mayo de 2013) no se incluirán en el num erador. Por el contrario, un paciente que empezó la terapia antirretroviral en mayo de 2011, después de una visita en junio de 2011, pero está registrado como un paciente que recibe terapia antirretroviral en mayo de 2013 (en el vigésimo cuarto mes), estará en el num erador. Lo importante es que el paciente que comenzó la terapia antirretroviral en mayo de 2011 esté registrado como persona que sigue con vida y en terapia antirretroviral 24 meses después, independientemente de lo que haya pasado entre mayo de 2011 y mayo de 2013.

Los registros de terapias antirretrovirales deben incluir diversas variables que describan a los pacientes; por ejemplo, la edad del paciente al inicio del tratamiento. Además, muchos registros incluyen información que indique si el paciente estaba embarazada o amamantaba al inicio del tratamiento. Es preciso calcular la retención en la terapia antirretroviral para estos subconjuntos de mujeres, a fin de determinar el número de embarazadas y de mujeres que están amamantando que siguen con la terapia a los 24 meses del inicio.

Aclaración sobre el denom inador:
El denom inador es el número total de adultos y niños en los grupos de terapia antirretroviral inicial que comenzó la terapia en algún momento de los 24 meses anteriores al comienzo del período de información, independientemente de su resultado a los 24 meses.

Por ejemplo, para el período de información del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013, se incluirá a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral durante el período de 24 meses que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011. Es decir, se incluye a todos los pacientes, tanto los que están en terapia antirretroviral como los fallecidos, los que han dejado el tratamiento o los que se han perdido para el seguimiento en el vigésimo cuarto mes.

En cuanto a los centros sanitarios, el número de adultos y niños en terapia antirretroviral a los 24 meses incluye a los pacientes que se han incorporado en algún momento entre el comienzo del tratamiento y el fin del período de 24 meses y excluye a aquellos que han salido durante el mismo período, para que refleje la cohorte neta actual de cada establecimiento. Es decir, en lo que al centro sanitario respecta, estos últimos no se incluirán en el num erador ni en el denom inador. De la misma forma, los primeros se tendrán en cuenta tanto para el num erador como para el denom inador. A nivel nacional, el número de pacientes incorporados debe cuadrar con el número de pacientes excluidos. Por lo tanto, la cohorte neta actual (los pacientes cuyos resultados el establecimiento es actualmente responsable de registrar: el número de pacientes de los grupos iniciales más los incorporados menos los excluidos) a los 24 meses debe ser igual al número del grupo cohorte inicial 24 meses antes.

Hechas las de seguimiento incluidas en los programas; formularios de análisis de cohorte/de grupo.

Registros de terapia antirretroviral formulario de informe del análisis de la cohorte de terapia antirretroviral.

Método de Medición: El período de información se define como cualquier período continuo de 24 meses que ha finalizado dentro de un número predefinido de meses desde la presentación del informe. El número predefinido de meses puede estar determinado por los requisitos de información nacional. Si el período de información es de



CENSIDA

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

INDICADOR No. 42c

Tratamiento del VIH: retención en el tratamiento 60 meses después de iniciarlo

Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral 60 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2009		2014						
		Total	Hombres	Mujeres	<15	15+	Estado de embarazo al iniciar la terapia	Estado de lactancia al iniciar la terapia
Num erador:	Número de adultos y niños que siguen el tratamiento antirretroviral a los 60 meses después de iniciar el tratamiento (en los que iniciaron el tratamiento en 2009).	4,348	3,377	971	95	4,253		
Denom inador:	Número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral en el 2009 (u otro período especificado) y de quienes se esperaban resultados a los 60 meses dentro del período de notificación correspondiente al 2014 (o 60 meses después del período de inicio especificado)	6,636	5,136	1,500	137	6,499		
Porcentaje:	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH que siguen con vida y en tratamiento antirretroviral 60 meses después del inicio del tratamiento en los pacientes que lo iniciaron durante el 2009	65.5%	65.8%	64.7%	69.3%	65.4%	# p IV / 0!	# p IV / 0!

Información adicional	
Seguimiento intermedio	31
Abandono de la terapia	1,358
Fallecimiento	849
Total	2,238

Notas:

Qué mide Los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretroviral.

Num erador: Número de adultos y niños que sigue todavía con vida y en terapia antirretroviral a los 60 meses de iniciar el tratamiento.

Denominador: Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzan los objetivos marcados para el período de 60 meses desde el inicio de la terapia, incluyendo aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos para el seguimiento en el sexagésimo mes.

Cálculo: Num erador/Denominador*100

Frecuencia de Medición: A media que los pacientes comiencen la terapia antirretroviral, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continua para dichos pacientes. Deberán agruparse los datos de las cohortes mensuales que han completado por lo menos 60 meses de tratamiento.

Desglose:

- Sexo
- Período de 60 meses
- Edad (<15, 15+)
- Situación del embarazo al inicio de la terapia
- Situación de lactancia al inicio de la terapia

Aclaración sobre el num erador: En el num erador deben incluirse los pacientes adultos y niños que siguen con vida y en terapia antirretroviral 60 meses después del inicio del tratamiento. Para poder realizar una interpretación completa de la supervivencia, deben recabarse los siguientes datos:

- Número de adultos y niños que inició la terapia antirretroviral en el grupo de terapia inicial por lo menos 60 meses antes del final del período de información;
- Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretroviral 60 meses después de iniciar el tratamiento.

Para incluirlos en el num erador, no es necesario que los pacientes hayan seguido una terapia antirretroviral de forma constante durante los 60 meses del período. Los pacientes que hayan faltado a una o dos visitas o a recoger los medicamentos, y que hayan suspendido temporalmente el tratamiento durante los 60 meses desde el comienzo del tratamiento, pero están registrados como pacientes en tratamiento en el sexagésimo mes, se incluyen en el num erador. En cambio, los pacientes que han fallecido, abandonado el tratamiento o están perdidos para el seguimiento a los 60 meses del inicio del tratamiento no se incluyen. Por ejemplo, los pacientes que comienzan la terapia antirretroviral en mayo de 2008, si en algún momento del período comiencen a tomarla entre mayo de 2008 y mayo de 2013 fallecieron, se perdieron para el seguimiento (y no volvieron) o interrumplieron el tratamiento (y no la retomaron), ya no estarán en terapia antirretroviral en el sexagésimo mes (en mayo de 2013) no se incluirán en el num erador. Por el contrario, un paciente que empezó la terapia antirretroviral en mayo de 2008, dejó de ir a una visita en junio de 2008, pero está registrado como un paciente que recibe terapia antirretroviral en mayo de 2013 (en el sexagésimo mes), estará en terapia antirretroviral y se incluirá en el num erador. Lo importante es que el paciente que comenzó la terapia antirretroviral en mayo de 2008 esté registrado como persona que sigue con vida y en terapia antirretroviral 60 meses después, independientemente de lo que haya pasado entre mayo de 2008 y mayo de 2013.

Los registros de terapias antirretrovirales deben incluir diversas variables que describan a los pacientes; por ejemplo, la edad del paciente al inicio del tratamiento. Además, muchos registros incluirán información que indique si el paciente estaba embarazada o amamantaba al inicio del tratamiento. Es preciso calcular la retención en la terapia antirretroviral para estos subconjuntos de mujeres, a fin de determinar el número de embarazadas y de mujeres que están amamantando que siguen con la terapia a los 60 meses del inicio.

Aclaración sobre el denominador

El denominador es el número total de adultos y niños en los grupos de terapia antirretroviral inicial que comenzaron la terapia en algún momento de los 60 meses anteriores al comienzo del período de información, independientemente de su resultado a los 60 meses.

Por ejemplo, para el período de información del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013, se incluirá a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral durante el período de 60 meses que va del 1 de enero al 31 de diciembre de 2007. Es decir, se incluye a todos los pacientes, tanto los que están en terapia antirretroviral como los fallecidos, los que han dejado el tratamiento o los que se han perdido para el seguimiento en el sexagésimo mes.

En cuanto a los centros sanitarios, el número de adultos y niños en terapia antirretroviral a los 60 meses incluye a los pacientes que se han incorporado en algún momento entre el comienzo del tratamiento y el fin del período de 60 meses y excluye a aquellos que han salido durante el mismo período, para que refleje la cohorte neta actual de cada establecimiento. Es decir, en lo que al centro sanitario respecta, estos últimos no se incluirán en el num erador ni en el num erador de seguimientos ni en los programas; son usuarios de análisis de cohorte de grupo.

Registros de terapia antirretroviral y formulario de informe de análisis de la cohorte de terapia antirretroviral.

El período de información se define como cualquier período continuo de 60 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 período de información es del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013, los países calcularán este indicador usando a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en algún momento durante el período de 60 meses del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009. Si el período de información va del 1 de julio de 2008 al 30 de junio de 2013, los países incluirán a los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en algún momento del período del 1 de julio de 2007 al 30 de junio de 2013.

Método de Medición

propuesta por El método de medición se refiere al método utilizado para determinar la retención en el tratamiento antirretroviral. El método de medición se refiere al método utilizado para determinar la retención en el tratamiento antirretroviral.



CENSIDA

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



INDICADOR No. 4.3a	
Establecimientos de salud que ofrecen Tar	
2014	
	Total
Número total de establecimientos de salud que ofrecen Tar (es decir, que prescriben medicamentos o proporcionan seguimiento clínico)	394
Desglose según si es público o privado:	
	Valor de datos
Público	394
Privado	ND
Desconocido/ no especificado	-
Desglose por tipo de centro de salud	
Tipo de centro de salud	Valor de datos
Hospitales	316
Centro de salud	75
Centro de atención prenatal	1
Servicio de atención de la TB	1
Servicios de atención de las ITS	1
Desconocido/ no especificado	0
Notas:	
	El número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretroviral (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico).
Qué mide	
	La capacidad de los establecimientos de salud para proporcionar Tar, expresada como el porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen el Tar (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico). Dentro de los establecimientos de salud se encuentran los
Num erador:	
	Establecimientos de salud que ofrece Tar (prescribe y/o da seguimiento clínico)
Denom inador:	
	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. Sector: público, privado
Desglose:	
	Por tipo: hospital centro de salud, centro de atención prenatal, centro
	El numerador se calcula sumando el número de establecimientos que reporta sobre la disponibilidad de servicios de Tar. La información sobre la disponibilidad de servicios específicos se mantiene generalmente a escala nacional o local. Los programas nacionales de sida deben
	Un censo o una encuesta de los establecimientos de salud también pueden
	suministrar esta información, junto con información más exhaustiva sobre los
	servicios disponibles, siempre que dicha información se obtenga de una muestra representativa de los establecimientos de salud del país. Las respuestas a una serie de preguntas determinan si los proveedores de ese establecimiento prestan servicios de tratamiento antirretroviral directamente (es decir, lo recetan o realizan el seguimiento clínico) o envían a los pacientes a otros
Método de Medición propuesta por ONUSIDA:	
	Los países deben actualizar periódicamente los registros de sus programas sobre los establecimientos de salud que ofrecen servicios de tratamiento antirretroviral y han de



INDICADOR No. 4.3b

Establecimientos de salud que ofrecen Tar pediátrico

2014

	Total
Número total de establecimientos de salud que ofrecen Tar pediátrico (es decir, que prescriben medicamentos o proporcionan seguimiento clínico)	218
Desglose según si es público o privado:	
	Valor de datos
Público	218
Privado	ND
Desconocido/ no especificado	0

Notas:

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

Qué mide

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

Num erador:

Establecimientos de salud que ofrece Tar pediátrico (prescribe y/o da seguimiento clínico)

Denom inador:

NA

Cálculo:

NA

**Frecuencia de
M edición:**

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 **num erador** se calcula sumando el número de establecimientos que ofrecen servicios de Tar pediátrico. La información sobre la disponibilidad de servicios específicos normalmente se mantiene a escala nacional o subnacional. Los programas nacionales de lucha contra el sida deben contar con un registro de todos los establecimientos de salud que ofrecen Tar.

Un censo o encuesta de los establecimientos de salud también puede proporcionar esta información, junto con información más detallada sobre los servicios disponibles, siempre y cuando esta se recopile de una muestra representativa de los establecimientos de salud del país. Las respuestas a una serie de preguntas permiten establecer si el proveedor de ese establecimiento ofrece servicios de Tar pediátrico directamente o refiere a los pacientes a otros establecimientos.

INDICADOR No. 4.4			
Desabastecimientos de antirretrovirales (ARV)			
Porcentaje de establecimientos de salud que suministran antirretrovirales y que en los 12 últimos meses han presentado desabastecimiento de por lo menos un antirretroviral necesario		2014	
		Público	Privado
Num erador:	Número de establecimientos de salud que dispensan ARV que experimentaron desabastecimiento de uno o varios ARV necesarios en los últimos 12 meses	16	N D
Denom inador:	Número total de establecimientos de salud que dispensan ARV	266	N D
Porcentaje:	Porcentaje de establecimientos de salud que dispensan ARV que experimentaron desabastecimiento de por lo menos un ARV necesario en los últimos 12 meses	6.0%	N D
Notas: Qué mide Este indicador mide un aspecto fundamental de la gestión de los suministros de ARV: si los establecimientos de salud que suministran dichos fármacos se han quedado sin reservas de al menos uno de los ARV necesarios en los 12 últimos meses. Num erador: Número de establecimientos de salud que suministran ARV y que han presentado desabastecimiento de uno o más ARV en los 12 últimos meses Denom inador: Número total de establecimientos de salud que suministran ARV. Cálculo: $\text{Num erador} / \text{Denom inador} * 100$ Frecuencia de Medición: Anual Desglose: Sector: público, privado Esta información se recoge a escala central, donde los establecimientos de salud envían sus informes de control de inventario o formularios de pedidos de ARV. Los formularios contienen información sobre los pacientes que reciben TAR, datos de consumo e información sobre las existencias y el desabastecimiento si fuera el caso. Este indicador requiere las siguientes herramientas: • los informes de control de inventario de los establecimientos de salud que indiquen la cantidad de existencias de cada artículo; • los formularios de pedidos enviados desde los establecimientos durante un período de tiempo definido (por ejemplo, último período de pedido, último trimestre, año pasado) de los ARV; y • la lista de los ARV que cada establecimiento tiene previsto suministrar, sino está incluida en los informes de control de inventario o en los formularios de pedido. Lo mencionado anteriormente funciona si el sistema nacional de información de gestión logística está en funcionamiento. Si no lo está, pueden utilizarse encuestas de establecimientos de salud como la Evaluación de la Provisión de Servicios o la Cartografía de Servicios Disponibles, a condición de que incluyan preguntas sobre los desabastecimientos de ARV.			
Método de Medición propuesta por ONUSIDA: Si existe un sistema nacional de información de gestión logística con información sobre la disponibilidad de ARV en los establecimientos de salud, se debe extraer información de este sistema para generar el indicador. Otra posibilidad es que sea necesario recopilar la información mediante una encuesta especial o visitas a los centros. Si solo hay un número limitado de establecimientos de salud que suministran ARV en el país, todos ellos deberán incluirse en la encuesta o en las visitas; por el contrario, si el número es muy elevado, puede ser preciso seleccionar una muestra representativa del total de establecimientos de salud que suministran ARV (la lista completa debe estar disponible en el nivel nacional). Durante el muestreo es importante asegurarse de que la muestra incluya los diferentes niveles (central, distrital y periférico). En los países donde los ARV se distribuyen en las farmacias u otros establecimientos no sanitarios, también deben vigilarse los desabastecimientos en estos lugares; la factibilidad dependerá de la cobertura del sistema de información de gestión logística. En algunas situaciones, la simple vigilancia de los desabastecimientos podría resultar engañosa, dado que un establecimiento puede mantener existencias de reserva pero tener una política de no expedir las existencias de reserva. Estos establecimientos no deberían contarse dentro de los que han tenido un desabastecimiento según la definición del indicador, aun cuando los pacientes no habrán de recibir el antirretroviral necesario para el tratamiento. En los entornos donde las existencias de reserva no se expiden durante los desabastecimientos de antirretrovirales es preferible obtener información sobre un desabastecimiento funcional (es decir, la incapacidad a obtener acceso o usar un antirretroviral necesario).			
Metodología de cálculo utilizada por México: Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH e ITS (GIES) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conapre) en el año 2014.			

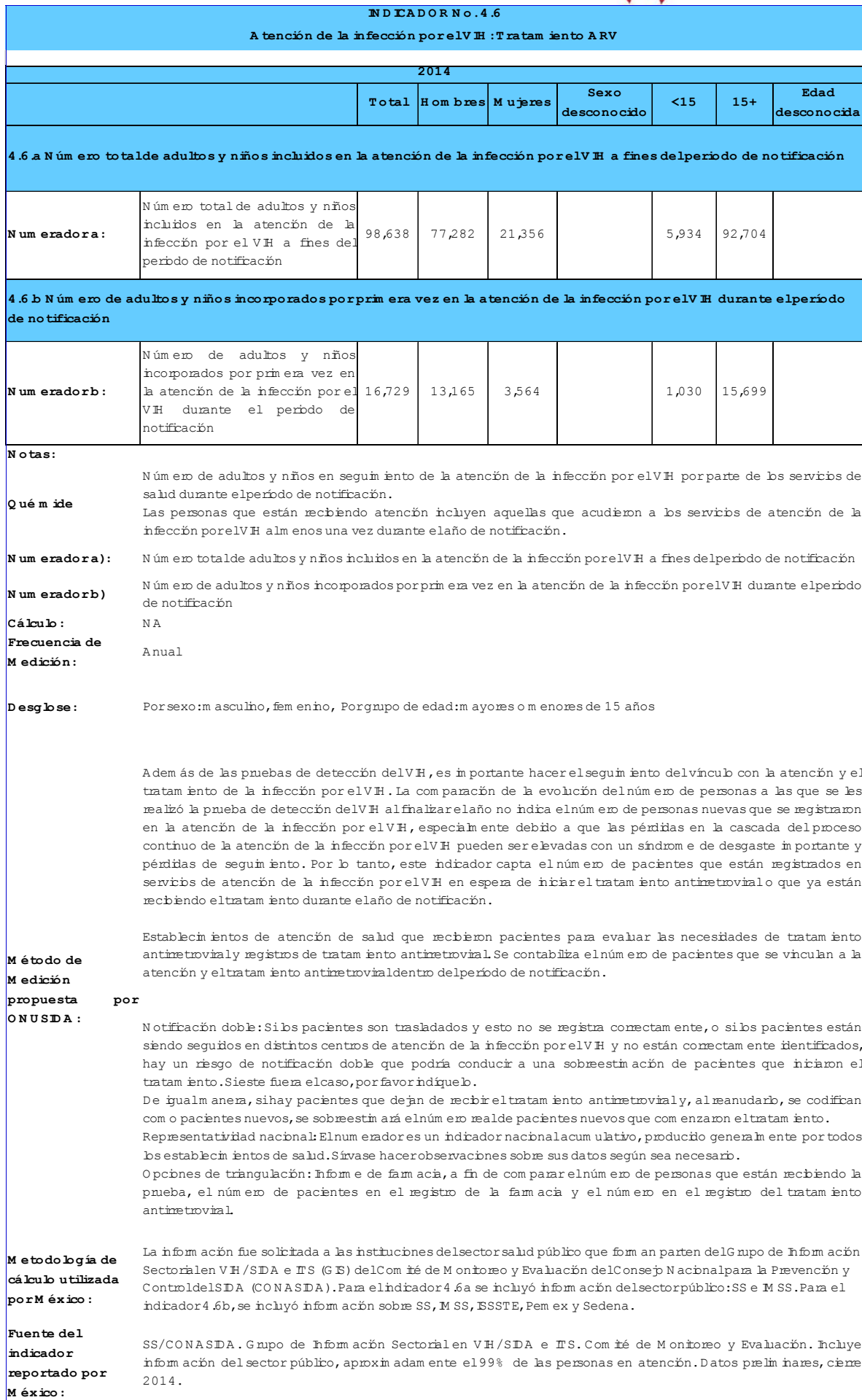
INDICADOR No. 4.5

Porcentaje de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de < 200 células/ μ L

Diagnóstico tardío de la infección por el VIH : porcentaje de personas seropositivas cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue de menos de 200 células/ μ L		2014
Num erador:	Núm ero de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de < 200 células/ μ L	4,636
Denom inador:	Núm ero total de personas seropositivas para el VIH con primer recuento de células CD4	11,884
Porcentaje:	Porcentaje de personas seropositivas para el VIH con un primer recuento de células CD4 de < 200 células/ μ L	39.0%

Notas:

Qué mide	Este indicador mide la proporción de personas con un recuento de linfocitos CD4 menor a 200 células/ μ L de entre las que tuvieron un primer recuento de CD4 durante el período de notificación.
Num erador:	Núm ero de personas seropositivas cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue menor a 200 células/ μ L
Denom inador:	Núm ero total de personas seropositivas que tuvieron el primer recuento de linfocitos CD4
Cálculo:	$\text{Num erador} / \text{Denom inador} * 100$
Frecuencia de Medición:	No específica
Desglose:	Ninguno
Método de Medición propuesta por ONUSIDA:	A medida que los países aumentan los servicios relacionados con la infección por el VIH, es importante vigilar si las personas reciben el diagnóstico en una etapa temprana (o qué porcentaje aún lo recibe en una etapa posterior). Para el num erador se considera el núm ero de personas seropositivas cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue menor a 200 células/μL Para el denom inador se considera el núm ero total de personas seropositivas que tuvieron el primer recuento de linfocitos CD4
Metodología de cálculo utilizada por México:	La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), para el año 2014: incluye información del sector público: SS, M SS, PEM EX, SEDENA y SEMAR, que representa el 68% del total de personas en TAR.
Fuente del indicador reportado por México:	SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, PEM EX, SEDENA y SEMAR. Datos preliminares, cierre 2014.
Observaciones:	Los datos 2014 respecto del SIDA en CONASIDA 2015 (2014) no son comparables en validez de que, M SS e SSSTE no enviaron datos en el 2014. Realizando un análisis por institución, el reporte del M SS no afecta el cambio de tendencia entre 2013 y 2014, pero el del SSSTE sí ya que, en el 2013, reportó muchas personas diagnosticadas y 83% de diagnóstico tardío, lo que influyó fuertemente en que las cifras se mantuvieran alrededor del 50% a nivel nacional.





INDICADOR No. 4.7a.

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

2014

		Total	Hombres	Mujeres	<15	15+
Num erador	Número de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación que registraron supresión (es decir, ≤ 1.000)	53,811	42,079	11,732	1,076	52,735
Denom inador	Número de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación	62,010	45,578	13,147	1,341	57,384
Porcentaje	Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación que registraron supresión viral	86.8%	92.3%	89.2%	80.2%	91.9%

Notas:

Qué mide

La carga viral es la manera de medir el efecto del tratamiento antirretroviral sobre la replicación viral. Según las directrices de la OMS del 2013 sobre el tratamiento antirretroviral, el fracaso terapéutico se define como un nivel de >1.000 copias/mL.

Num erador

Número de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación que registraron supresión (es decir, ≤ 1.000 copias/mL).

Denom inador

Número de personas en tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba para determinar la carga viral en el periodo de notificación.

Cálculo:

$\text{Num erador} / \text{Denom inador} \times 100$

Frecuencia de Medición:

En aquellos lugares en los que la medición de la carga viral se hace sistemáticamente, los resultados se registrarán en la historia clínica del paciente o en los sistemas de laboratorio. Estas mediciones de la carga viral pueden registrarse además de manera electrónica e informarse como parte de estudios de seguimiento de cohortes como el porcentaje de los pacientes que muestran una supresión viral en determinados puntos en el tiempo.

Desglose:

Por sexo: masculino, femenino, Por grupo de edad: mayores o menores de 15 años

Método de Medición

propuesta por ONUSIDA:

Una carga viral reducida por debajo de los límites de detección se denomina "carga viral indetectable", generalmente entre 50 y 400 copias/mL.

La carga viral de los pacientes que reciben atención puede usarse como un indicador de la calidad de la atención con respecto a la población en atención. Si se la mide con el transcurso del tiempo, debería reflejar el acceso a la atención de salud, la aceptación y el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, y el seguimiento clínico adecuado de la carga viral. En el caso de algún sistema de salud específico, puede usarse como una medición aproximada del acceso a los antirretrovirales, el cumplimiento de la posología de los antirretrovirales, el cumplimiento por parte del paciente del seguimiento de la enfermedad y la calidad de la atención que se brinda a los pacientes. Establecimientos de atención de salud que recibieron pacientes para evaluar las necesidades de tratamiento antirretroviral y registros de tratamiento antirretroviral. Se contabiliza el número de pacientes que se vinculan a la atención y el tratamiento antirretroviral dentro del periodo de notificación.

Es importante restringir este indicador a las personas en tratamiento antirretroviral (y no incluir todas las pruebas realizadas) a fin de excluir las pruebas que se realizan más de una vez en el periodo de notificación. En algunos entornos se usan muestras de

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

2014						
		Total	Hombres	Mujeres	<15	15+
Num erador	Número de personas a las que se les realizó la prueba de la carga viral tras 12 meses de tratamiento que muestran supresión (es decir, ≤ 1.000 copias) durante el período de notificación	7,839	6,461	1,378	99	7,740
Denom inador	Número de personas las que se les realizó la prueba de la carga viral tras 12 meses de tratamiento durante el período de notificación	8,581	6,991	1,590	131	8,450
Porcentaje	Porcentaje de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral y que registraron ≤ 1.000 copias tras 12 meses de tratamiento	91.4%	92.4%	86.7%	75.6%	91.6%

Notas:

Qué mide

La carga viral es la manera de medir el efecto del tratamiento antiretroviral sobre la replicación viral. Según las directrices de la OMS del 2013 sobre el tratamiento antiretroviral, el fracaso terapéutico se define como un nivel de >1.000 copias/ml.

Num erador

Número de personas a las que se les realizó la prueba de la carga viral tras 12 meses de tratamiento que muestran supresión (es decir, ≤ 1.000 copias) durante el período de notificación.

Denom inador

Número de personas las que se les realizó la prueba de la carga viral tras 12 meses de tratamiento durante el período de notificación.

Cálculo:

Num erador/Denom inador*100

Frecuencia de Medición:

En aquellos lugares en los que la medición de la carga viral se hace sistemáticamente, los resultados se registrarán en la historia clínica del paciente o en los sistemas de laboratorio. Estas mediciones de la carga viral pueden registrarse además de manera electrónica e informarse como parte de estudios de seguimiento de cohortes como el porcentaje de los pacientes que muestran una supresión viral en determinados puntos en el tiempo.

Desglose:

Por sexo: masculino, femenino, Por grupo de edad: mayores o menores de 15 años

Método de Medición propuesta por ONUSIDA:

Una carga viral reducida por debajo de los límites de detección se denomina "carga viral indetectable", generalmente entre 50 y 400 copias/ml.

La carga viral de los pacientes que reciben atención puede usarse como un indicador de la calidad de la atención con respecto a la población en atención. Si se la mide con el transcurso del tiempo, debería reflejar el acceso a la atención de salud, la aceptación y el cumplimiento del tratamiento antiretroviral, y el seguimiento clínico adecuado de la carga viral. En el caso de algún sistema de salud específico, puede usarse como una medición aproximada del acceso a los antiretrovirales, el cumplimiento de la posología de los antiretrovirales, el cumplimiento por parte del paciente del seguimiento de la enfermedad y la calidad de la atención que se brinda a los pacientes. Establecimientos de atención de salud que recibieron pacientes para evaluar las necesidades de tratamiento antiretroviral y registros de tratamiento antiretroviral. Se contabiliza el número de pacientes que se vinculan a la atención y el tratamiento antiretroviral dentro del período de notificación.

Es importante restringir este indicador a las personas en tratamiento antiretroviral (y no incluir todas las pruebas realizadas) a fin de excluir las pruebas que se realizan más de una vez en el período de notificación. En algunos entornos se usan muestras de gotas de sangre seca para medir la carga viral. Este enfoque se considera poco preciso en la actualidad en niveles bajos y, por lo tanto, se debe aplicar unbral más alto para definir la falla.

El sistema de seguimiento de los pacientes puede proporcionar tanto datos transversales como de cohorte. Los datos de cohorte también pueden obtenerse de estudios especiales.

INDICADOR No. 4.7c.

Porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba de la carga viral que registran una carga viral indetectable en el periodo de notificación

2014						
		Total	Hombres	Mujeres	<15	15+
Num erador	Número de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación que registran una carga viral indetectable (es decir, ≤ 50 copias)	47,208	36,950	10,258	872	46,336
Denom inador	Número de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación	62,087	48,294	13,793	1,396	49,748
Porcentaje	Porcentaje de personas que reciben tratamiento antirretroviral a las que se les realiza la prueba de la carga viral que registran una carga viral indetectable en el periodo de notificación	76.0%	76.5%	74.4%	62.5%	93.1%

Notas:

Qué mide	La carga viral es la manera de medir el efecto del tratamiento antirretroviral sobre la replicación viral. Según las directrices de la OMS del 2013 sobre el tratamiento antirretroviral, el fracaso terapéutico se define como un nivel de $>1,000$ copias/mL.
Num erador	La carga viral de los pacientes que reciben atención puede usarse como un indicador de la calidad de la atención con respecto a la población en atención. Si se la mide con el transcurso del tiempo, debería reflejar el acceso a la atención de salud, la aceptación y el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, y el seguimiento clínico adecuado de la carga viral. En el caso de algún sistema de salud específico, puede usarse como una medición aproximada del
Denom inador	Número de personas en tratamiento antirretroviral a las que se les realizó la prueba para determinar la carga viral en el periodo de notificación cuya carga viral fue indetectable (por
Cálculo:	Número de personas en tratamiento antirretroviral a las que se les realizó la prueba para determinar la carga viral en el periodo de notificación.
Frecuencia de Medición:	Número de personas en tratamiento antirretroviral a las que se les realizó la prueba para determinar la carga viral en el periodo de notificación.
Desglose:	Número de personas en tratamiento antirretroviral a las que se les realizó la prueba para determinar la carga viral en el periodo de notificación.
Método de Medición propuesta por ONUSIDA:	Num erador/Denom inador*100 Anual Por sexo: masculino, femenino, Por grupo de edad: mayores o menores de 15 años En aquellos lugares en los que la medición de la carga viral se hace sistemáticamente, los resultados se registrarán en la historia clínica del paciente o en los sistemas de laboratorio. Estas mediciones de la carga viral pueden registrarse además de manera electrónica e informarse como parte de estudios de seguimiento de cohortes como el porcentaje de los pacientes que muestran una supresión viral en determinados puntos en el tiempo.
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:	SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información de: SS, PEMEX, SEDENA. Datos 2014.
Observaciones:	

INDICADOR No. 5.1.
Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis estimados en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH

2014						
		Total	Hombres	Mujeres	<15	15+
Num erador	Número de adultos y niños seropositivos que ha recibido terapia antiretroviral de combinación según el protocolo nacional de tratamiento aprobado (o los criterios de la OMS/ONUSIDA) y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis (conforme a las directrices del programa nacional de tuberculosis) durante el año sobre el que se informa.	755	634	121	10	745
Denom inador	Número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH.					
Porcentaje	Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis estimados en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH.					

Notas:

Qué mide La tuberculosis (TB) es la principal causa de morbilidad y mortalidad de las personas que viven con el VIH, incluidas aquellas que están en terapia antiretroviral. Aumentar la detección de casos nuevos y el acceso al diagnóstico y tratamiento de calidad de la tuberculosis, según las directrices nacionales/internacionales, es fundamental para mejorar la calidad y la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH. Es importante disponer de una medida del porcentaje de casos de infección por el VIH y la tuberculosis que pueden acceder a un tratamiento adecuado para la TB y el VIH.

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

Denom inador Número estimado de casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH.

Cálculo: Num erador/Denom inador*100

Frecuencia de Medición: Los datos deben recopilarse de forma continuada en los centros, agruparse de forma periódica, preferentemente cada mes o trimestre, y notificarse anualmente. También debe informarse aquí del año más reciente para el cual se dispone de datos y estimaciones.

Desglose: Por sexo: masculino, femenino, Por grupo de edad: mayores y menores de 15 años.

Método de Medición Registros e informes de los centros acerca de la terapia antiretroviral; herramientas de seguimiento incluidas en los programas.

propuesta por ONUSIDA: Datos y estimaciones de los programas de los casos nuevos de TB en personas que viven con el VIH.

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

INDICADOR No. 5.2

Porcentaje de personas seropositivas que se han incorporado por primera vez en la atención para el VIH a las que se les detectó tuberculosis activa

2014						
Personas seropositivas incorporado por primera vez en la atención para VIH y se les detectó tuberculosis activa		Total	Hombres	Mujeres	< de 15 años	15 años o más
Num erador:	Número total de adultos y niños que se incorporan por primera vez en la atención de la infección del VIH a quienes se les diagnostica tuberculosis activa durante el período de notificación 2014.	709	595	114	9	700
Denominador:	Número total de adultos y niños que se incorporan por primera vez en la etapa previa al tratamiento o en el tratamiento antiretroviral durante el período de notificación.	16,729	13,165	3,564	1,030	15,699
Porcentaje:	Porcentaje de personas seropositivas para el VIH que se han incorporado por primera vez en la atención a las que se les detectó tuberculosis activa	4.2%	4.5%	3.2%	0.9%	4.5%

Notas:

Qué mide	El número total de casos de tuberculosis detectados en pacientes seropositivos que ingresan por primera vez en la atención para el VIH (antes o durante el tratamiento antiretroviral) dentro del período de notificación.
Num erador:	El número total de personas con tuberculosis activa durante el período de notificación dentro de aquellos que ingresan por primera vez en la atención para el VIH.
Denominador:	El número total de personas que ingresan por primera vez en la atención para el VIH durante el período de notificación (antes y durante el tratamiento antiretroviral).
Cálculo:	Num erador/Denominador
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:	Los datos de este indicador deben desglosarse por sexo y edad (menores o mayores de 15 años).

Los resultados de las investigaciones sobre presuntos casos de tuberculosis en personas seropositivas se deben registrar en la tarjeta atención/TAV para el VIH (columna "investigaciones" en la sección "visitas") y en los registros de pre-tratamiento y de tratamiento antiretroviral (secciones de seguimiento mensual y trimestral, respectivamente). De la misma manera, los pacientes con tuberculosis que descubren que son seropositivos deben acudir pronto a la atención para el VIH y se indicará que tienen tuberculosis en la tarjeta y los registros de tratamiento antiretroviral. Num erador: Al final del período de notificación, haga un recuento del número total de personas que viven con el VIH que ingresan por primera vez en la atención para el VIH (registros de pre-tratamiento y tratamiento antiretroviral) y que tienen tuberculosis activa. Denominador: Haga un recuento del número total de personas que viven con el VIH que ingresan por primera vez en la atención para el VIH, es decir, que reciben atención antes del tratamiento antiretroviral o que han iniciado este durante el período de notificación. Se evitará contar dos veces a la misma persona en los registros de pre-tratamiento y de tratamiento antiretroviral. Asimismo, la información del estado respecto a la tuberculosis de estos registros debe actualizarse y reconciliarse con los registros de tuberculosis en las unidades básicas de gestión pertinentes antes de consolidar los datos y notificarlos a niveles superiores.

Método de Medición propuesta por ONUSIDA: La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Se incluye información de: SS, MSS, Pem ex, Sedena y Sem ar.

Fuente del indicador reportado por México: SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información de: SS, MSS, Pem ex, Sedena y Sem ar. Datos 2014.

Observaciones:

INDICADOR No. 5.3

Porcentaje de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH (que inician profilaxis con isoniazida)

2014		
Numerador:	Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH (etapa previa y TAR) que además iniciaron (es decir, que recibieron al menos una dosis) la profilaxis con isoniazida durante el período de notificación. La atención de la infección por el VIH incluye tanto la etapa previa al tratamiento como el tratamiento antirretroviral.	487
Denominador:	Número de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH durante el período de notificación	16,729
Porcentaje:	Porcentaje de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH que inician profilaxis con isoniazida	2.9%

Notas:

Qué mide El número de personas que viven con el VIH incorporadas por primera vez en la atención de la infección por el VIH que comenzaron tratamiento de la infección tuberculosa latente, terapia preventiva con isoniazida, expresado como la proporción del número total de adultos y niños recién incluidos en la atención de la infección por el VIH durante un período dado.

Numerador Número de personas que viven con el VIH incorporadas por primera vez en la atención de la infección por el VIH (iniciaron la etapa previa al tratamiento o el TAR) que también comenzaron (se les ha suministrado al menos una dosis) profilaxis con isoniazida durante el período de notificación.
La atención de la infección por el VIH incluye tanto la etapa previa al tratamiento como el tratamiento antirretroviral.

Denominador Número de personas que viven con el VIH que se incorporaron por primera vez en la atención de la infección por el VIH en el período de notificación.

Cálculo: Numerador/Denominador

Frecuencia de Medición: N/A

Desglose: Ninguno.

La tarjeta de tratamiento de la infección por el VIH y el registro modificado de la atención de la infección por el VIH.

Los datos necesarios para calcular este indicador se obtienen de los registros de la etapa previa al tratamiento y el tratamiento antirretroviral en los centros que prestan servicios de atención de la infección por el VIH, en función del centro donde se administra la profilaxis con isoniazida. El tamizaje de la tuberculosis debe realizarse utilizando un algoritmo de detección de cuatro síntomas en los pacientes seropositivos. Se ofrecerá profilaxis con isoniazida a los pacientes que no presenten ninguno de los siguientes cuatro síntomas: catarro, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna, y que por consiguiente es poco probable que tengan tuberculosis activa, según las directrices acordadas a escala nacional. De la misma manera, los niños que no tengan problemas para ganar peso, fiebre o catarro, deben recibir esta terapia para reducir el riesgo de que desarrollen tuberculosis activa, tanto quienes reciben antirretrovirales como los que no. Deben registrarse todos los pacientes que aceptan este tratamiento preventivo y han recibido como mínimo la primera dosis. Esta información se consigna en una columna suplementaria de los registros de atención de la infección por el VIH. La previsión exacta de las necesidades de suministro de medicamentos exige la recopilación de información más detallada.

Metodología de cálculo utilizada por México: La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Se incluye información de: SS, MSS y Sedena.

Fuente del indicador SS/CONASIDA. Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Informe de Información de SS, MSS y Sedena. Datos 2014.