

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 2016

(versión preliminar)

Periodo reportado: Enero-Diciembre 2015

Fecha del informe: abril 2016

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

GOBIERNO FEDERAL

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

| | | |
|---|---|---------|
| Dra. Elia Loo Méndez | Apoyo técnico para indicadores del informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida | Censida |
| Lic. Juan René Hernández Rodríguez Juárez | Subdirector de Investigación de Modelaje | Censida |
| Mtra. Adriana Villafuerte García | Jefa del Departamento de Programas Estatales | Censida |
| Dr. Eddie Antonio León Juárez | Médico Infectólogo | Censida |
| Mtro. Mikel Andoni Arriola Peñalosa | Director General | Imss |
| Ing. Enrique Sangenis Díaz | Titular de la División de Información en Salud. Coordinación de Planeación en Salud | Imss |
| Dr. José Luis Vázquez Martínez | Jefe de Área de Calidad de la Información en Salud | Imss |
| Lic. José Reyes Baeza Terrazas. | Director General | Issste |
| Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses | Jefe del departamento de Programas Especiales | Issste |
| Dr. Mario Jáuregui Chiu | Jefe del departamento de Vigilancia Epidemiológica de la Subdirección General Médica | Issste |
| Dr. José Antonio González Anaya | Director General | Pemex |

| | | |
|--|--|-------|
| Dr. Arturo Mata Pérez | Gerente de Prevención Médica de Petróleos Mexicanos Dirección Corporativa de Administración Ladislao | Pemex |
| Dr. Octavio Ayala Montiel | Jefe del departamento de Medicina Preventiva | Pemex |
| Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz | Secretario de Marina y Armada de México | Semar |
| Capitán Javier López Landeros | Director de Suministros | Semar |
| Teniente Víctor Gómez Bocanegra | Responsable Vigilancia Epidemiológica y Subdirección de Salud Pública | Semar |

PROGRAMAS ESTATALES PARA EL VIH Y EL SIDA E ITS

Se agradece a los Programas Estatales 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 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 | Jefe del Depto. Estatal de Prevención y Control del SIDA e ITS | Programa de Prevención y Control del Sida e ITS de Sinaloa |
| Dra. María del Rosario Valenzuela Salazar | Responsable | Programa de Sida e ITS Durango |
| Dr. Jorge Guillermo Gaxiola Lugo | Responsable Estatal | Programa de VIH e ITS de Baja California |
| Dr. Sergio Armando Salazar Arriola | Subdirector | Programa Estatal de Respuesta al VIH, Sida e ITS de Sonora |
| Lic. Krissel García Hernández | Responsable | Programa Estatal de Sida e ITS de Chihuahua |
| Dr. Alejandro Cortez Calderón | Coordinador | Programa Estatal de VIH e ITS de Tamaulipas |

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida agradece a las 12 Organizaciones de la Sociedad Civil que participaron en el proceso de elaboración del presente informe, conforme a la convocatoria pública emitida, por sus comentarios puntuales a los indicadores que reporta el país.

| NOMBRE | CARGO | ORGANIZACIÓN |
|-----------------------------|---------------------|---|
| Guillermina Gómez Arellanes | Presidenta | Fundación nacional de mujeres por la salud comunitaria, A.C. |
| Miguel Ángel Ortega Olmos | Representante | Asideny Desarrollo Humanístico Integral, A.C. |
| José Martín Luna Sámano | Representante | Centro de atención profesional a personas con Sida , A.C. |
| Said Slim Pasaran | Coordinador General | Integración Social Verter, A.C. |
| Roberto Pérez Baeza | Representante | Fundación Arcoíris por el Respeto a la Diversidad Sexual A.C. |
| Ricardo Román Vergara | Presidente | Inspira cambio, A.C. |
| Vicente López Rocher | Representante | Consolidación del Desarrollo Social, Asociación Civil |
| Rodrigo Aguilar Cornejo | Representante | Colectivo Zapotlán VIHVO/CZV |

| | | |
|-------------------------------------|---------------|--|
| Ernesto Ramírez Balderas | Representante | Colectivo Seres, A.C. |
| José Manuel Salcedo Alfaro | Representante | Mesón de la Misericordia Divina, A.C. |
| Dr. Cs Osmar Juan Matsui Santana | Representante | Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, A.C. |
| Gabriela García Patiño | Representante | Balance Promoción para el Desarrollo y Juventud, A.C. |

ORGANIZACIONES QUE APORTARON INFORMACIÓN

| NOMBRE | CARGO | ORGANIZACIÓN |
|---|----------------------------------|--|
| 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. |
| 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. |
|-------------------------------------|------------------------|---|

APOYO PARA SESIÓN BLACKBOARD COLLABORATE CON OSC

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

| | |
|---|----|
| ÍNDICE | XX |
| ACRÓNIMOS | 14 |
| INTRODUCCIÓN | 18 |
| I. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS DEL INFORME | 20 |
| 1.1 La participación de las entidades interesadas | 20 |
| 1.2 Tabla general de Indicadores | 23 |
| 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 | 28 |
| III. REPORTE DE INDICADORES DE AVANCE EN LA RESPUESTA AL VIH Y EL SIDA | 33 |
| Prevención del VIH entre la población general | 33 |
| 1.20 Tasa de incidencia del VIH | 33 |
| Poblaciones clave | 34 |
| 2.8 Agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables | 34 |
| 2.14 Prevalencia del VIH en privados de la libertad | 35 |
| 2.15 Prevalencia del VIH en personas transgénero | 37 |

| | |
|--|----|
| Prevención de la transmisión vertical | 39 |
| 3.1 Prevención de la transmisión materno-infantil | 39 |
| Tratamiento del VIH | 41 |
| 4.1 Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente tratamiento antirretrovírico de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH | 41 |
| 4.2 Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral | 44 |
| 4.2a Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 24 meses después de empezar la terapia antirretroviral | 46 |
| 4.2b Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 60 meses después de empezar la terapia antirretroviral | 48 |
| 4.3 Porcentaje de personas que reciben atención en VIH | 50 |
| 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 | 52 |
| 4.6 Supresión viral | 53 |
| 4.7 Muertes relacionadas con sida | 55 |

| | |
|--|-----|
| Tuberculosis | 59 |
| 11.1 Porcentaje estimado de los casos incidentes de personas seropositivas que tienen tuberculosis, que recibieron tratamiento tanto para la tuberculosis como para el VIH | 59 |
| 11.2 Porcentaje de adultos y niños de nuevo ingreso en atención para VIH que fueron detectados con enfermedad activa de tuberculosis | 60 |
| 11.3 Proporción de personas seropositivas registradas por primera vez en la atención para VIH que iniciaron la terapia preventiva para la tuberculosis | 62 |
| Infecciones de transmisión sexual | 64 |
| 11.9 Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal positivas para sífilis | 64 |
| 11.11 Número de casos reportados de sífilis congénita (nacidos vivos y muerte fetal) en los últimos 12 meses | 66 |
| 11.13 Número de adultos reportados con úlceras genitales en los últimos 12 meses | 67 |
| | |
| BIBLIOGRAFÍA | 70 |
| | |
| ANEXOS | |
| | |
| ANEXO I. Preguntas políticas y programáticas de la OMS. 2015 | 72 |
| | |
| 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 2015 | 102 |
| | |
| Anexo III. Fichas Técnicas de los Indicadores | 136 |

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 Trimetoprim sulfametoxazol |
| ENA | Estrategia Nacional de Adherencia |
| ENDIREH | Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares |
| Ensanut | Encuesta Nacional de Salud y Nutrición |
| ENVIM | Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres |
| Funsalud | Fundación Mexicana para la Salud 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 de VIH, sida e ITS |
| HSB | 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 2016 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 objetivos^{1,2}.

1. Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% 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.

De 2004-2012, el Onusida solicitó, cada dos años a los Estados Miembros, los informes sobre los avances de los países, con el objetivo de dar seguimiento a las declaraciones políticas; a partir de 2013 lo hace de forma anual.

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 el presente informe se incluyen datos de cinco temas de los que se obtuvo información de acuerdo a los lineamientos de Onusida solicitados.

La información que se presenta corresponde, en la mayoría de los casos, a la obtenida para el año 2015, a excepción de las cifras de mortalidad, cuya información corresponde a 2013, por no estar disponibles aún las cifras definitivas del cierre 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 2016 solicita 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 2015 y b) Preguntas de política y programáticas 2015 (OMS). 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 cinco temas.

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 y organizaciones de la iniciativa privada; en el cual se observan los progresos, las oportunidades y los retos actuales de México en materia de VIH.

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

I. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS DEL INFORME

1.1 La participación de las entidades interesadas

El Censida diseñó un plan de trabajo que contempló la recolección y validación de información para el cálculo de los indicadores que serían actualizados en esta ronda, lo cual dependió de la disponibilidad de fuente de información y de la periodicidad establecida para el reporte de los mismos. Asimismo, se contempló una estrategia para dar respuesta 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; mientras que los cuestionarios fueron respondidos por las direcciones de áreas técnicas del Censida.

Una vez que se tuvo una versión preliminar del apartado de indicadores, éste se presentó para su difusión y comentarios por parte de las organizaciones de la sociedad civil.

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, en una primera etapa, el Censida emitió una convocatoria pública abierta para invitar a una videoconferencia a las organizaciones registradas en el censo de organizaciones con trabajo en VIH, Sida e ITS, que dispone el Centro Nacional. La convocatoria se difundió en el sitio Web del Censida; al

tiempo que fue enviado un correo electrónico a cada OSC. Veinticuatro OSC se inscribieron para participar, pero finalmente doce organizaciones asistieron a la videoconferencia, la cual se dio a través de la plataforma Blackboard Collaborate, el día 22 de abril 2016, 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.

Ese mismo día se enviaron los comentarios transcritos de las OSC participantes, con el fin de que validaran y ampliaran la información compartida por ellas en dicha sesión.

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 sostuvieron reuniones bilaterales de trabajo con funcionarios del Censida a fin de validar las cifras enviadas sobre la Secretaría de Salud y se sostuvo una comunicación intensa con las instituciones del sector salud público para la validación de la información reportada por las mismas.

e. Elaboración del Informe escrito.

El Censida elaboró el informe final.

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

Conforme se iba concluyendo la sección de indicadores, el informe escrito y los cuestionarios de la encuesta sobre uso de antirretrovirales y pruebas diagnósticas y aplicación de las

recomendaciones de la guía consolidada de la OMS. Encuesta de situación en el 2015 y las preguntas de política y programáticas, 2015; el equipo del CENSIDA capturaba en línea estos elementos, en el sistema diseñado por el ONUSIDA, expresamente para este fin.

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 2015.

Cuadro 1. Lista de Indicadores

Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el sida México 2016.

Datos 2015

Prevención en población general

| | | |
|---|--|---|
| 1.20 | Número de nuevas infecciones por VIH en el período de referencia por cada 1000 habitantes no infectados* | Spectrum |
| Poblaciones clave | | |
| 2.8 | Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año | 7.2 jeringas por persona que se inyecta droga |
| 2.14 | Prevalencia de privados de la libertad que viven con VIH* | Total: 0.69% ; Hom bres: 0.68% ; M ujeres: 0.75% ; M ujeres trans: 31.3% |
| 2.15 | Prevalencia de VIH en personas transgénero* | Total: 17.4% M ujeres Trans: 17.4% |
| Prevención de la transm isión vertical | | |
| 3.1 | Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antiretrovirales para reducir el riesgo de la transm isión m aterno infantil | 1,395 |
| Tratam iento y atención | | |
| 4.1 | Porcentaje de adultos y niños que actualm ente recibe terapia antiretroviral entre todos los adultos y niños que viven con VIH | Total: 117,691 Hom bres: 93,565 M ujeres: 24,126 < 15 años: 1,190 15 años y m ás: 115,671 |
| 4.2 | Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratam iento 12 m eses después de em pezar la terapia antiretroviral | Total: 85% Hom bres: 85.7% M ujeres: 82.2% < 15: 80.7% 15 y m ás: 85.1% |
| 4.2a | Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratam iento 24 m eses después de em pezar la terapia antiretroviral | Total: 76.3% Hom bres: 77.5% M ujeres: 71.8% < 15: 70.4% 15 años y m ás: 76.4% |
| 4.2b | Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratam iento 60 m eses después de em pezar la terapia antiretroviral | Total: 63.4% Hom bres: 63.6% M ujeres: 62.7% < 15 años: 70.8% 15 años y m ás: 63.2% |
| 4.3 | Porcentaje de personas que reciben atención en VIH* | Total: 123,639 M ujeres: 25,551; Hom bres: 98,086 < 15: 2,167 15 años y m ás: 121,420 |

| | | |
|--|--|--|
| 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 | 10% de desabastecimiento en establecimientos de salud |
| 4.6 | Supresión viral* | Total: 82.8% Mujeres: 83.4% Hombres: 80.8% |
| 4.7 | Muertes relacionadas con sida | Total: 4,965 Mujeres: 875; Hombres: 4,088 Desconocido: 2 |
| Tuberculosis | | |
| 11.1 | Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH | Total: 2,120 Mujeres: 394 Hombres: 1,726 < 15: 33 15 años y más: 2,087 |
| 11.2 | Porcentaje de adultos y niños de nuevo ingreso en atención para VIH que fueron detectados con enfermedad activa de TB | Total: 3% |
| 11.3 | Proporción de personas seropositivas registradas por primera vez en la atención para el VIH que iniciaron la terapia preventiva para la tuberculosis | Total: 19.4% |
| Infecciones de transmisión sexual | | |
| 11.9 | Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal positivas para sífilis | Total: 0.2% Secretaría de Salud |
| 11.11 | Numero de casos reportados de sífilis congénita (nacidos vivos y muerte fetal) en los últimos 12 meses | 0.06 Tasa po mil mil nacidos vivos en los últimos 12 meses |
| 11.13 | Número de adultos reportados con úlceras genitales en los últimos 12 meses | Total: 9.06 Mujeres: 8.4 Hombres 10.16 Tasa por cada 100 mil |

II. LA EPIDEMIA DEL VIH EN MÉXICO

2.1 Panorama mundial y regional de la epidemia del VIH

De acuerdo con el Onusida³, a nivel mundial, se estima que, al cierre 2014, las personas que vivían con el VIH fueron 36.9 millones (34.3-41.4). Se notificaron 2 millones de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial (1.9-2.2), lo que representa un descenso de 35% respecto a los 3.1 millones (3.0-3.3) de 2010. Las nuevas infecciones por el VIH entre los niños disminuyeron en 58% desde el año 2000: 220,000 (190,000-260,000) de niños se infectaron con el VIH en 2014, respecto a los 520,000 (470,000-580,000) del año 2000. Al mismo tiempo, el número de muertes por sida en 2014 se redujo 42% desde el nivel máximo alcanzado en 2004. En 2014, ocurrieron 1.2 millones por esta causa (980 000-1.6 millones).

El análisis por región muestra la mayor concentración de personas viviendo con VIH en los países de ingreso bajo, el 70% de las personas que vivían con VIH en el 2014 viven en el África Subsahariana, siendo la región más afectada por la epidemia: 25.8 millones de personas (24.0-28.7) y más de la mitad son mujeres. En 2014, se estima que se produjeron 1.4 millones nuevas infecciones (1.2-1.5), las cuales disminuyeron 41% desde el año 2000, sin embargo, en esta área se genera el 66% del total mundial de nuevas infecciones. Las defunciones por VIH en 2014 fueron 790,000 (670,000-990,000), observándose una reducción de 48% entre 2004 y 2014.

Los avances anteriores en esta región, han sido posibles gracias al aumento sostenido de la cobertura de tratamiento antirretroviral: 10.7 millones de personas tenían acceso a TAR, lo que se traduce en 41% de las personas que viven con el VIH en la región, frente a menos de 100 mil personas en 2002: siendo más alto el porcentaje en mujeres que en varones (47% y 36 % respectivamente).

En segundo lugar se posiciona la región Asia y el Pacífico, con un número estimado de 5 millones (4.5-5.6) personas que vivían con VIH. En 2014, se produjeron 340 000 nuevas infecciones (240,000-480,000), las cuales se disminuyeron 31% entre el 2000 y el 2014; siendo China, Indonesia e India quienes concentran 78% de las mismas.

Se estimaron 240,000 defunciones a causa de enfermedades relacionadas con el sida en este mismo año (140,000-570,000), con un aumento de 11% de 2000 a 2014. La cobertura de TAR es del 36%, siendo Tailandia y Camboya los países que concentran más del 50 % de todas las personas en TAR en la región. En 2014 se produjeron 21,000 nuevas infecciones por el VIH en niños en Asia y el Pacífico (16, 000-27,000), registrando una disminución del 27%, respecto del año 2000.

³ Onusida. Hoja informativa 2015. Ginebra, 2015.

En tercer lugar se encuentra Europa Occidental y Central y América del Norte con 2.4 millones de personas que vivían con el VIH en 2014 (1.5-3.5). Las nuevas infecciones fueron 85,000 (48,000-130,000), siendo los Estados Unidos de América quienes suman más de la mitad de las nuevas infecciones en la región. Las defunciones en 2014 fueron 26,000 (11,000-86,000). Las cuales han permanecido constantes entre 2005 y 2014.

Se produjeron menos de 500 nuevas infecciones por el VIH en niños (<200-<500).

Por otra parte, América Latina, se encuentran en cuarto lugar con 1.7 millones de personas viviendo con el virus (1.4-2.0 millones). En 2014, se produjeron 87,000 nuevas infecciones por el VIH en la región (70,000-100,000), las cuales se redujeron 17% en comparación con el año 2000. Las defunciones por VIH ocurridas fueron 41,000 (30,000-82,000), las cuales disminuyeron 29%, en comparación con 2005. La cobertura de TAR es 47 % (40% - 56%) de los adultos de 15 años o más y de 54% (46% - 64%) entre los niños de 0 a 14 años. Se produjeron en América Latina 2,000 [1,300-2,900] nuevas infecciones por el VIH en niños.

En Europa Oriental y Asia Central, a finales del 2014, 1.5 millones (1.3-1.8 millones) de personas vivían con el VIH y se estimaron 140,000 nuevas infecciones (110 000-160 000), las cuales aumentaron 30%, respecto del 2000. Murieron 62,000 personas a causa de enfermedades relacionadas con el sida en 2014 (34,000-140,000), cifra que aumentó más de tres veces, desde el año 2000. La cobertura del tratamiento fue de 18% en adultos de 15 años o más. Se produjeron <1,200 nuevas infecciones por el VIH en niños (<1,000-<1,600).

En el Caribe, en 2014, 280,000 (210,000-340, 000] personas vivían con el VIH y se produjeron 13,000 nuevas infecciones por el VIH en la región (9,600-17,000), las cuales se redujeron a la mitad desde el año 2000. Las defunciones por VIH fueron 8,800 (5700-13,000), las cuales disminuyeron en más de 50% desde el 2000. Haití fue el país que presentó alrededor de la mitad de las muertes en la región, en 2014. La cobertura del tratamiento es del 44% de los adultos de 15 años o más y del 36% de los niños. En 2014 se produjeron en El Caribe <500 nuevas infecciones por el VIH en niños (<500-<1000).

En Oriente Medio y Norte de África, se estimaron, en 2014, 240,000 personas vivían con el VIH (150,000-320,000) y 22,000 nuevas infecciones (13,000-33,000); las cuales aumentaron 26% desde el año 2000. Las defunciones por VIH fueron 12,000 (5,300-24, 000), y aumentaron más del triple, respecto del 2000. La cobertura del tratamiento es del 14% de los adultos que viven con el VIH y del 15%

entre los niños de 0 a 14 años. En 2014, se produjeron 2,400 nuevas infecciones por el VIH en niños (1,800-3,300).

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 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 Pudi representan un grupo que concentra la epidemia en la región, especialmente en países del Cono Sur de Sudamérica y México.

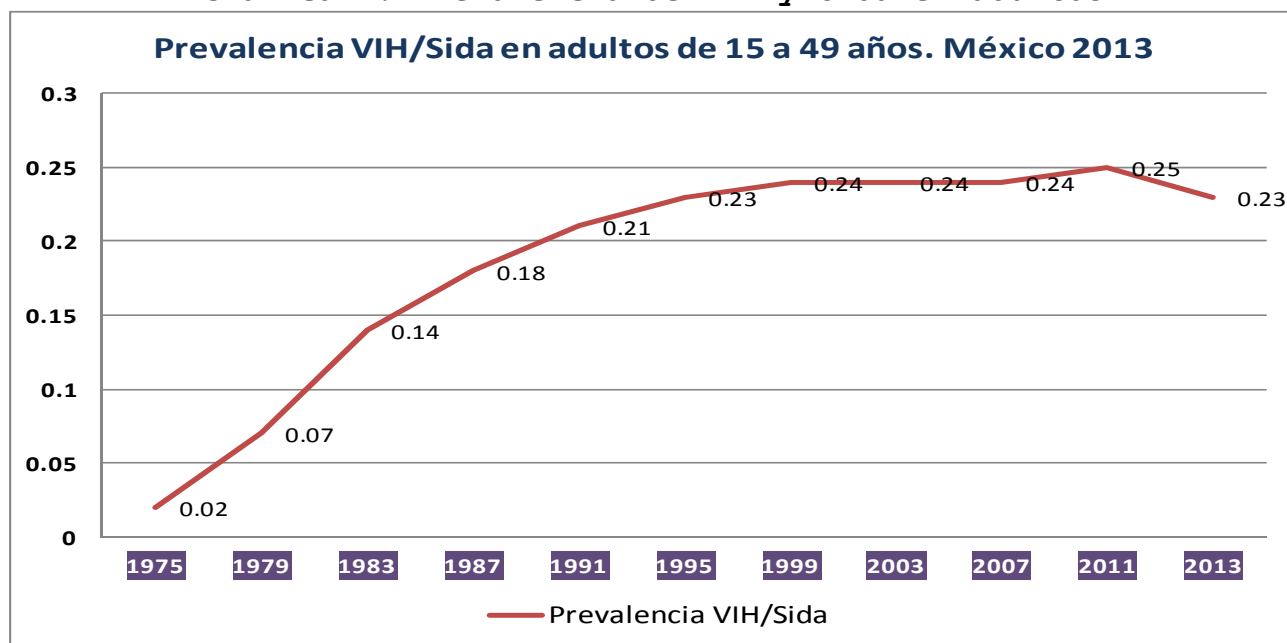
2.2 Situación nacional de la epidemia del VIH

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), mujeres transgénero y las personas que usan drogas inyectadas (Pudi). En un ejercicio de modelaje utilizando *Spectrum 5.31* de Onusida se estima que, en el 2014, la prevalencia de infección por el VIH en la población adulta de 15 a 49 años de edad se encuentra en el orden del (0.2% - 0.3%), considerando los límites inferior y superior del análisis de plausibilidad que ofrece el modelo, donde el 0.2% sería el estimador puntual.

El resultado del modelaje realizado con *Spectrum 5.31*, para 2014, muestra que viven en el país entre (140,000 - 270,000) personas con el VIH. Según los límites del análisis de plausibilidad, el estimador puntual es de 190,000 personas que viven con VIH, en todas las edades y las nuevas infecciones que se habrían producido en el año alcanzarían las 7,500 personas (4,400 - 11,000).⁴

⁴ Se utilizan cifras redondeadas por el Onusida.

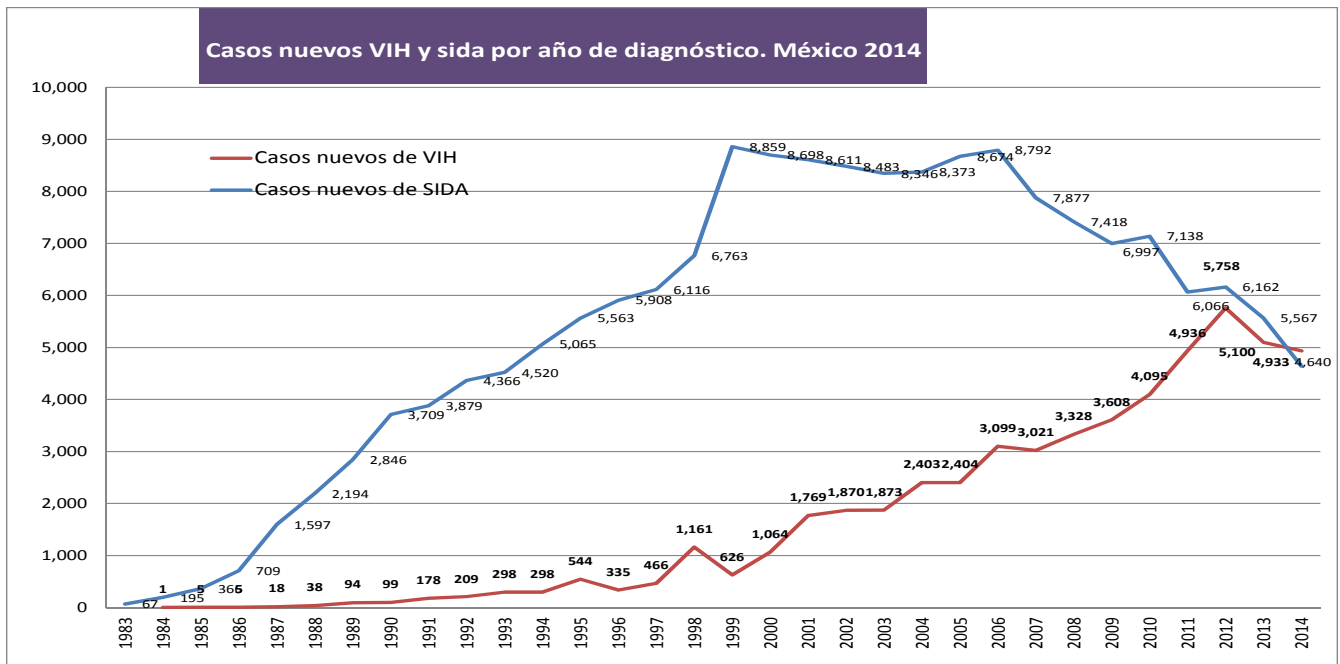
Gráfica 1. Prevalencia de VIH y Sida en adultos



Fuente: Onusida y SS/CENSIDA. Modelo *Spectrum* 5.31. Año 2015.

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.

Gráfica 2. Casos nuevos de VIH y Sida por año de diagnóstico



Fuente: SS/DGE. Registros Nacionales de Casos de SIDA y Seropositivos a VIH. Datos al 31 de diciembre del 2015. Elaboración SS/CENSIIDA /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%).

Cuadro 2. Prevalencia de VIH Población clave

| 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%** | | |
| HSH | 17.3%* | | | 11.9% | 21.8% |
| Pudi | 5.1%*** | | | | |
| | 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 puidi, 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 el 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, puidi 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.

Gráfica 3. Defunciones de VIH y tasas de morbilidad



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

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

Prevención del VIH entre la población general

1.20 Tasa de incidencia del VIH

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

Características del indicador

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

Metodología

Este indicador proviene de las estimaciones del Modelo *Spectrum* 5.41, el cual está en proceso de concluir.

Resultados

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

2.8 Agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables

El uso de drogas inyectables es el modo de transmisión principal para aproximadamente el 10% de las infecciones de VIH a nivel global, y 30% de las infecciones fuera de África sub-Sahariana. La prevención de la transmisión del VIH a través del uso de drogas inyectables es uno de los desafíos claves para reducir la carga de VIH.

Características del indicador

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

Metodología

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

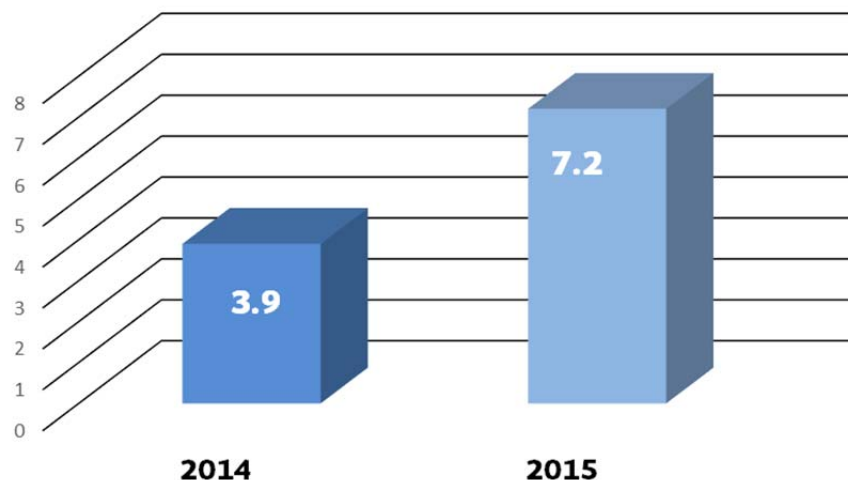
Resultados

Para el reporte del número de 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 jeringas distribuidas por pudí entre los años de 2014 y 2015 (3.9 y 7.2, respectivamente), significó un incremento en términos absolutos de 84.4% entre ambos años. Este aumento se debe a que, en el 2014, se distribuyeron un número menor de jeringas distribuidas (643,320) por parte de las OSC y el nivel federal (Censida), para este último caso por un retraso en el proceso de licitación. Sin embargo, las mayores diferencias se observan con años anteriores, en los cuales operó el proyecto financiado por el Fondo Mundial que aportó un número significativo

de jeringas entre el 2011 y 2013.

Gráfica 4

**INDICADOR No.2.8
Agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables. 2015**



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, Misericorida y Vida para el Enfermo con Sida, A.C., Prevencasa, A.C.), Redumex Jeringas distribuidas en el 2013. México, marzo 2015.

-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 2014. México, marzo 2015.

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.

2.14 Prevalencia del VIH en privados de la libertad

La prevalencia del VIH entre PPL es mayor que en la población general, en la mayoría de los casos. Reducirla es una medida importante de la respuesta nacional.

Aunque parece sencillo conseguir brindar servicios de salud relacionados con el VIH a las PPL, sigue representando un desafío importante por la especificidad de la población y de las instituciones carcelarias en México. Los estudios en representativas no son frecuentes.

Características del indicador

Se mide los avances hacia la mejora en la cobertura de un servicio indispensable de prevención del VIH para PPL. Se trata de dar seguimiento a los progresos en la reducción de prevalencia de VIH en personas privadas de la libertad.

Metodología

El Onusida destaca que este indicador se calcula utilizando datos de las pruebas del VIH realizadas en prisiones y en otros centros de reclusión. Los datos de los programas de pruebas del VIH también son aceptables. Llevar a cabo encuestas puede resultar complicado, por lo que no se deberá depender de ellas. Las pruebas sólo se realizarán con el consentimiento de PPL.

Los datos que se exponen para México se tomaron de dos encuestas. La primera realizada en población privada de la libertad y la segunda incluyó mujeres transgénero también privadas de la libertad:

1. Estudio transversal realizado entre los meses de junio y diciembre del 2010, con el objetivo de medir infecciones transmisible entre prisionero de ambos sexos en 4 cárceles de la Ciudad de México.

2. Encuesta mujeres transgénero de la Ciudad de México se realizó en tres estratos (definidos como subconjuntos de la población con una o más características parecidas): Sitios de reunión y encuentro (SE), Clínica de Especialidades Condesa (CEC), y Centros Penitenciarios (CP). Para los fines de este indicador se toman los datos de mujeres transgénero privadas de la libertad en los CP, tomados de dos publicaciones del mismo estudio.

La participación en ambos estudios fue voluntaria, confidencial y con consentimiento informado.

Resultados

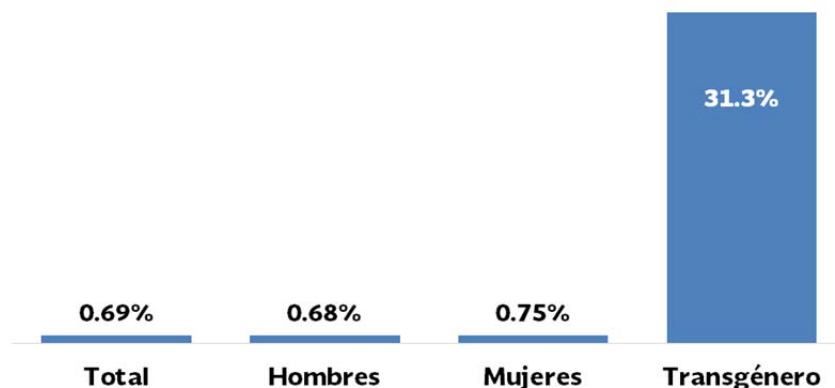
1. La prevalencia de VIH en población privada de la libertad para ambos sexos fue del 0.69%, con una prevalencia más elevada en mujeres (0.75%) que en hombres (0.68%).

2. Para mujeres transgénero, fue necesario estimar el numerador con base en la prevalencia reportada de 31.9% y se obtuvo un numerador de 26, con lo cual la prevalencia capturada para este informe quedó

en 31.3%

Gráfica 5

INDICADOR 2.14
Prevalencia de privados de la libertad que viven con VIH. 2015



Fuente:

-Bautista-Arredondo S, González A, Servan-Mori E, Beynon F, Juárez-Figueroa L, Conde-Glez CJ, et al. (2015) A Cross-Sectional Study of Prisoners in Mexico City Comparing Prevalence of Transmissible Infections and Chronic Diseases with That in the General Population. PLoS ONE [serie en internet] 2015 [consultado 2016 febrero 17]; 10: e0131718. doi:10.1371. Disponible en:

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131718>.

-Arantxa Colchero, Cortés MA, Sosa-Rubí S, Romero M, Bautista S, Vega H, et al. Resultados de la Encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México. Reporte Técnico.[monografía en internet]. México: INSP, 2013. [consultado 2016 febrero]. Disponible en:

<http://www.insp.mx/centros/evaluacion-y-encuestas/publicaciones/otras-publicaciones.html>

-Arantxa Colchero, Cortés MA, Sosa-Rubí S, Romero M, Bautista S, Vega H, et al. Principales resultados de la encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México. México: INSP, s/f. [consultado 2016 marzo]. Disponible en: http://condesadf.mx/pdf/ecuesta_trans2013.pdf.

2.15 Prevalencia del VIH en personas transgénero

En términos generales la prevalencia del VIH en personas transgénero es mayor que en la población general. Reducir la prevalencia entre las personas transgénero es una medida importante para hacer un seguimiento de la respuesta nacional al VIH ya que es un grupo poblacional de mayor riesgo de adquirir el VIH en México.

Características del indicador

Se trata de dar seguimiento a los progresos en la reducción de prevalencia de VIH en personas transgénero.

Metodología

Para el cálculo de este indicador el grupo de Onusida sugiere utilizar datos de las pruebas del VIH realizadas a encuestados en los principales centros de vigilancia centinela.

Los datos se toman a partir de una encuesta realizada entre septiembre y noviembre del 2013, a 346 personas consideradas en transgénero en 14 ciudades de México. Se entrevistaron a dichas personas en 20 sitios de reunión. Para el denominador, se seleccionaron a aquellos que accedieron a hacerse la prueba rápida de VIH.

Resultados

El numerador se estimó de acuerdo a la prevalencia reportada por el estudio de referencia para personas transgénero no trabajadoras sexuales que aceptaron hacerse la prueba del VIH (17.6%, n=86), con lo cual se obtuvo un numerador 15 mujeres transgénero positivas a VIH, por ello la prevalencia que se reporta es del 17.4%. La prevalencia de VIH en mujeres transgénero trabajadoras sexuales fue del 20.59% (n=153).

Gráfica 6

INDICADOR 2.15 Prevalencia de VIH en personas transgénero



Fuente:

Bautista-Arredondo S, Colchero A, Cortés A, Sosa-Rubí S, Romero M. VI. Resultados de la encuesta a mujeres trans. En. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/sida. Ciudad de México: INSP, 2014: 23-42.

Prevención de la transmisión vertical

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

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

Metodología

Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) Debido a que, los datos reportados por la seguridad social (Imss, Issste, Pemex, Sedena y Semar), particularmente los del Imss, muestran que no se dispone de información completa sobre el número de mujeres embarazadas en TAR, se realiza la siguiente estimación: 1) asumiendo que la Secretaría de Salud (SS) cuenta con un mejor registro de este número, ya que dispone del sistema nominal SALVAR, se aplica una regla de tres donde la SS tiene registradas en dicho sistema a 782 mujeres embarazadas en TAR, con una cobertura de detección del VIH en mujeres embarazadas de población no derechohabiente de 62.3%; la seguridad social debería tener 601 mujeres en TAR, con una cobertura de detección del VIH en mujeres embarazadas de población derechohabiente de 47.9%.

Para el sector privado se estimaron 12 mujeres embarazadas, a partir del Registro Nacional de Casos de Sida aplicando el porcentaje de los casos diagnosticados en este sector (0.08%).

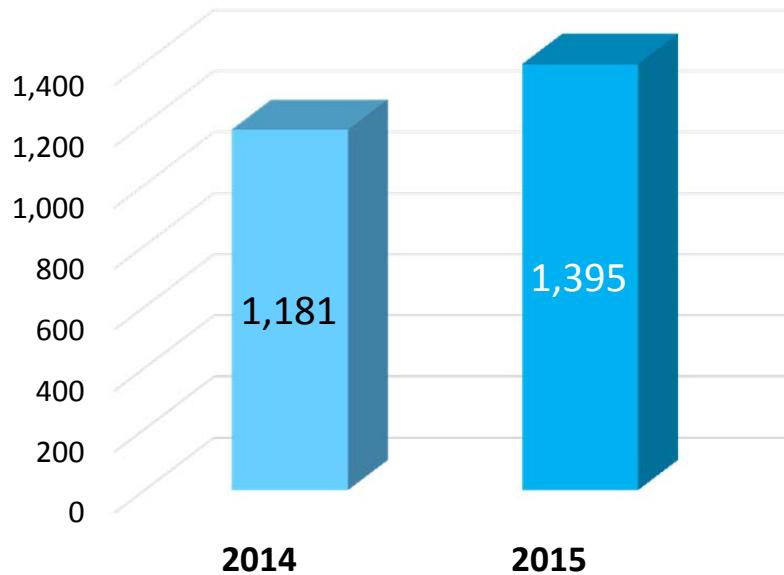
El denominador proviene de estimaciones del Modelo *Spectrum*, el cual está en proceso de realización.

Resultados

Atendiendo a esta metodología y supuestos aplicados, el número de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión vertical en el 2014 fue de 1,395. 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 7

INDICADOR 3.1
Mujeres embarazadas seropositivas que recibieron medicamentos antirretrovíricos



Fuente:

Numerador: SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación/Grupo de Información Sectorial en VIH, Sida e ITS. Incluye información del sector público: SS, Imss, Issste, Pemex, Sedena y Semar y estimaciones del sector privado. Datos preliminares, cierre 2015.

SS/Censida. Estimaciones del sector privado.

Denominador: Onusida y Censida. Modelo Spectrum. Pendiente.

Tratamiento del VIH

4.1 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 han cambiado continuamente y las directrices nacionales no siempre coinciden con las directrices mundiales. Los estudios indican que iniciar pronto el tratamiento, independientemente del recuento de células CD4, puede mejorar los

beneficios terapéuticos y salvar vidas, por lo que actualmente la OMS recomienda el tratamiento para todas las personas seropositivas.

Cuando las directrices se modifican para incluir a más personas que viven con el VIH (directrices mundiales), disminuyen los valores de cobertura de los países, respecto de sus propias directrices, cuando ambas no coinciden. Los países que realicen un seguimiento de todas las fases del tratamiento y la atención del VIH como parte de las metas 90-90-90 del ONUSIDA, la meta nacional y mundial se fija en el 81%.

Características del indicador

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

Metodología

Las cifras del numerador fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), desagregadas por sexo y edad. A partir 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*, sobre el número de personas que viven con VIH.

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

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

Resultados

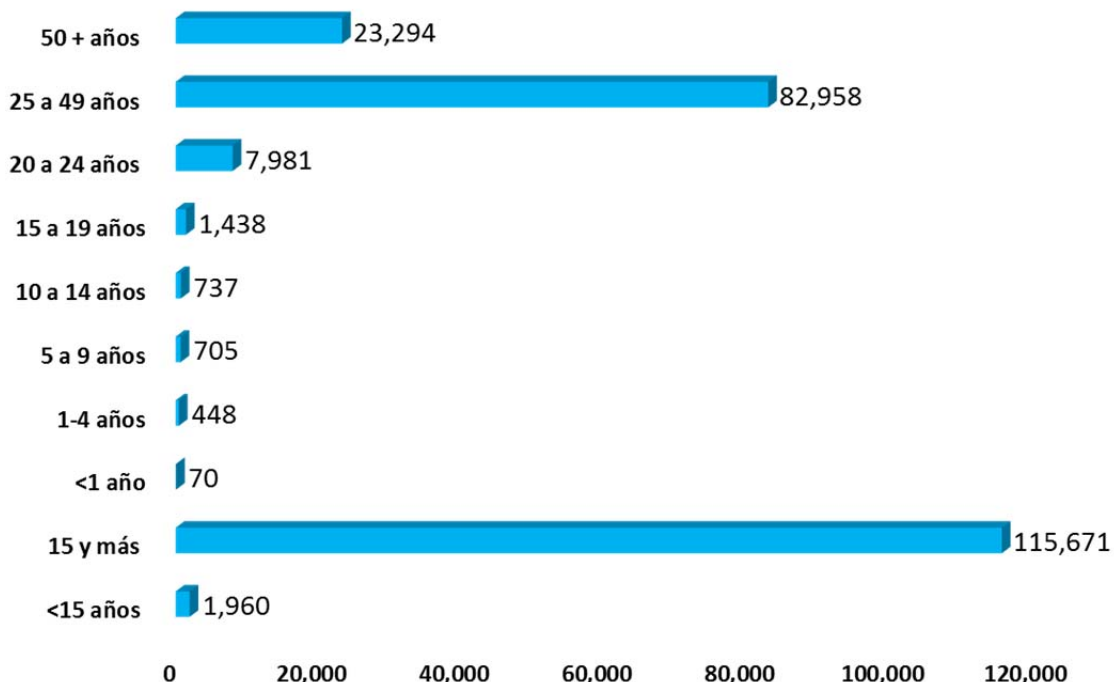
En el 2015, 117,691 personas que viven con VIH se encuentran en TAR en el país; de las cuales 80% son varones y 20% mujeres. El 98% son personas de 15 años o más y el resto son menores de 15 años.

Respecto de las personas que ingresaron a TAR en el año, estas fueron 19,131, es decir 45% más que el año anterior (13,226), de los cuales el 81% son varones y el 19% mujeres. La distribución por grupos de edad también es igual a la del total de personas en TAR: 98% (15 años o más) y 2% (menores de 15 años). Estos datos demuestran el impacto de la estrategia de ingreso a tratamiento a todas las personas viviendo con VIH en el país (*Test and Treat*), implementada en México, a finales del 2014.

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

Gráfica 8

INDICADOR 4.1
Adultos y niños que recibe actualmente terapia antirretrovírica



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 2015. Para Sedena se realizó una estimación a partir de las personas en TAR del 2014. Datos 2015. Ss/Censida. Estimaciones del sector privado.
Denominador: Onusida y Censida. Modelo Spectrum 5.41. En proceso.

4.2 Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se saben que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral

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 y Semar, que representan alrededor del 69.4% del total de personas en TAR (incluye sector público y privado). El año anterior, Sedena también reportó datos, sin embargo, aunque por esta razón ambos años no sean estrictamente comparables, debido a la cantidad de pacientes que maneja esta institución, se considera que no hay un efecto significativo que afecte la comparación entre los dos años.

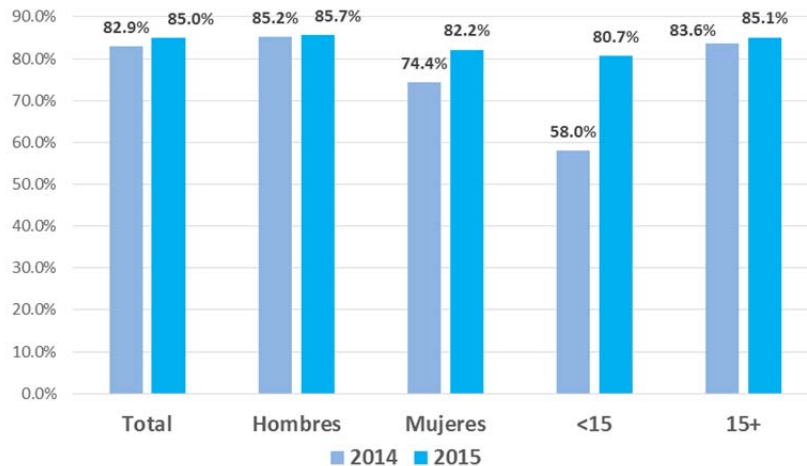
Resultados

La supervivencia general fue de 85%, ligeramente superior al año pasado (82.9%) y no se perciben diferencias de género por sexo (mujeres y hombres) o edad (menores de 15 años y 15 años o más), estableciéndose una razón mujer/hombre de 0.96 y menor de 15 años/15 años o más de 0.95.

Gráfica 9

Gráfica INDICADOR No. 4.2

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



Fuente:

SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: Ss, Issste, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2015.

4.2a Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se saben que continúan con el tratamiento 24 meses después de empezar la terapia antirretroviral

El tratamiento antirretroviral es una intervención de por vida. Medir la retención de este tratamiento es fundamental para determinar la eficacia de los programas. Un índice de retención elevado es una medida importante del éxito y de la calidad general del programa.

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.

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 y Semar, que representan alrededor del 69.4% del total de personas en TAR (incluye sector público y privado). El año anterior, Sedena también reportó datos, sin embargo, aunque por esta razón ambos años no sean estrictamente comparables, debido a la cantidad de pacientes que maneja esta institución, se considera que no hay un efecto significativo que afecte la comparación entre los dos años.

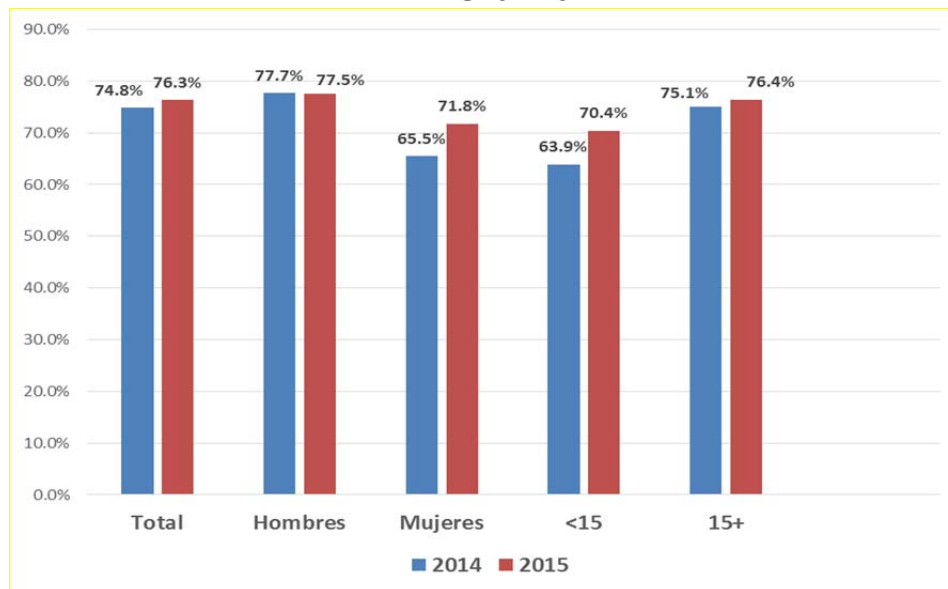
Resultados

El número de adultos y niños que siguen el tratamiento antirretroviral a los 24 meses después de iniciar el tratamiento fueron 8,323; lo que respecto a la población que inicio tar dos años antes (10,920), da un porcentaje de supervivencia y en tratamiento a 24 meses de 76.3%, ligeramente superior al observado el año anterior (74.8%). Tampoco se observan diferencias de género, al establecerse

una razón mujer/hombre de 0.93 y menor de 15 años/15 años o más de 0.92.

Gráfica 10

INDICADOR No. 4.2a
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, Issste, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2015.

4.2b Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se saben que continúan con el tratamiento 60 meses después de empezar la terapia antirretroviral

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.

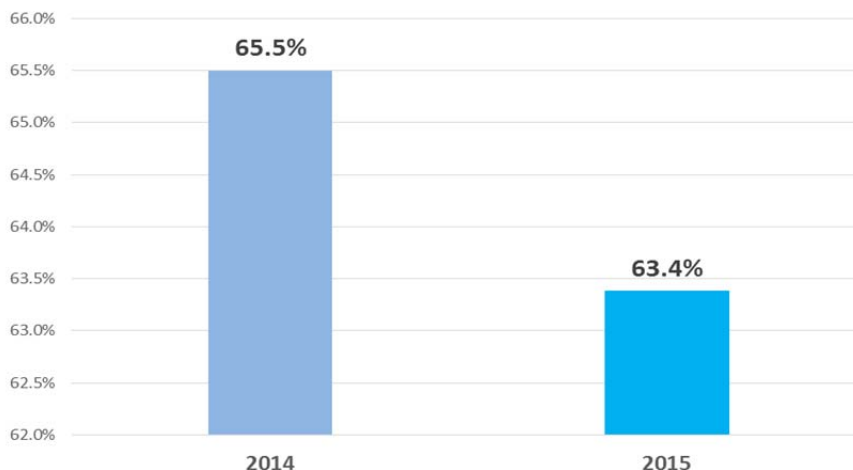
La información se solicitó al Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS. La información que se presenta fue proporcionada por: SS, Pemex y Semar, que representan alrededor del 69.4% del total de personas en TAR (incluye sector público y privado). El año anterior, Sedena también reportó datos, sin embargo, aunque por esta razón ambos años no sean estrictamente comparables, debido a la cantidad de pacientes que maneja esta institución, se considera que no hay un efecto significativo que afecte la comparación entre los dos años.

Resultados

El número de adultos y niños que siguen en tratamiento antirretroviral a 60 meses después de iniciarlo fueron 5,722, que con respecto a los que iniciaron el 5 años antes (9,082), 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 63.4%, cifra ligeramente inferior al año pasado (65.5%). No se observan diferencias de género, al establecerse una razón mujer/hombre de 0.99 y menor de 15 años/15 años o más de 1.12.

Gráfica 11

INDICADOR No. 4.2b 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, Issste, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2015.

4.3 Porcentaje de personas que reciben atención en VIH

Ayuda a realizar un seguimiento de las tendencias globales de la cobertura de la atención y el tratamiento en las poblaciones de personas que viven con el VIH. Para ello, es indispensable realizar un seguimiento de los vínculos con la atención y el tratamiento: el número de personas que se registran por primera vez en la atención, especialmente cuando el abandono de los pacientes y la pérdida de su seguimiento en el continuo de atención puede ser alto.

Características del indicador

Este indicador refleja el número de pacientes que, reciben atención para el VIH y están esperando a iniciar la terapia antirretrovírica, o ya están siendo tratados durante el año de notificación. Permite realizar un seguimiento de las tendencias en el tiempo para evaluar los avances en el aumento del porcentaje de personas que reciben atención.

Metodología

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA), para el año 2015, datos preliminares.

Incluye información del sector público: SS, Imss, Issste, Pemex y Semar. Para Sedena se realizó una estimación a partir de las personas en TAR del 2014 y para el sector privado una proyección 2015, ambos sólo para el rubro de TAR, en las demás cifras no se incluyen.

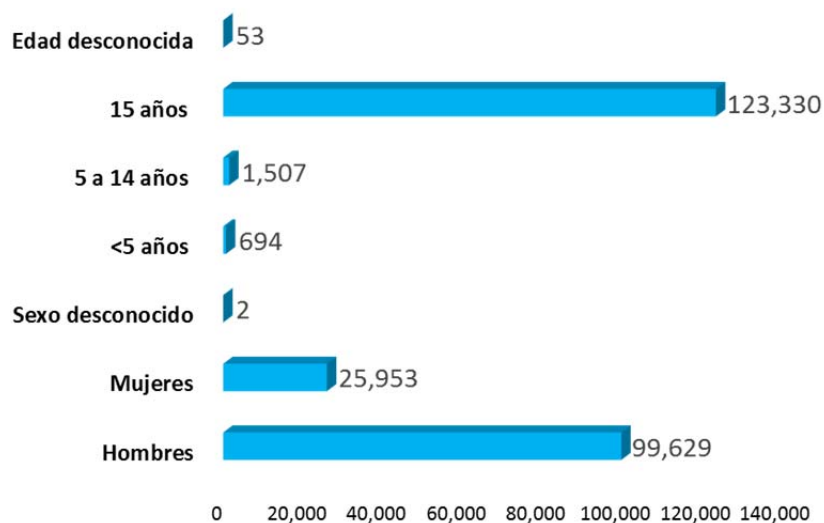
Resultados

A finales del 2015, 123,639 personas con VIH recibieron atención (tuvieron una evaluación clínica), de las cuales 79.3% fueron hombres y 20.7% mujeres; 1.8% son menores de 15 años y 98.2% personas adultas (15 años o más).

Asimismo, se encontraban en TAR 117,691 personas y a 103,214 y 103,090 se les realizó al menos una prueba de CD4 y carga viral, respectivamente.

Gráfico 12

INDICADOR 4.3
Personas que reciben actualmente atención para el VIH



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 y Semar. Para Sedena se realizó una estimación a partir de las personas en TAR del 2014. Datos 2015.

4.4 Porcentaje de establecimientos de salud que dispensa antirretrovirales (ARV) 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 pueden conducir al fracaso terapéutico y a la farmacorresistencia.

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

Características del indicador

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

Metodología

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

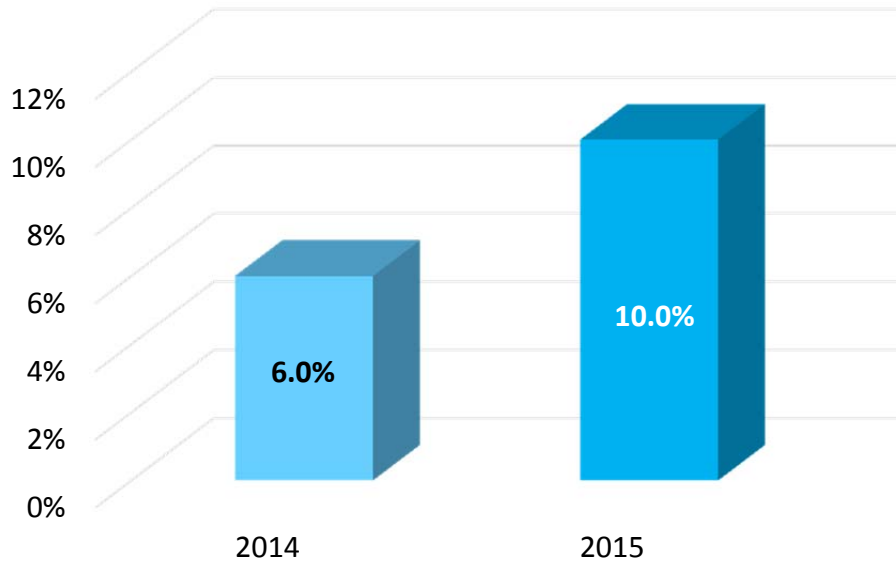
Resultados

El número de establecimientos de salud que dispensan ARV y experimentaron desabasto fueron 41, de los 410 que constituye el denominador (se incluye a todo el sector salud público, excepto Sedena); lo que representa un 10.0% de unidades con desabasto de medicamentos. En el anterior informe GARPR, se reportó 5.3% de establecimientos en donde se produjo desabasto parcial de algunos medicamentos, sin embargo, en esa ocasión no hubo reporte del IMSS, quien esta vez reporta desabastecimiento; lo cual junto con el aumento en el número de unidades reportado por el Issste, explica la diferencia entre los años.

Gráfica 13

INDICADOR 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 el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del: Sector público: SS, Imss, Issste, Pemex, y Semar. Datos 2015.

4.6 Supresión viral

La carga viral evalúa la eficacia del tratamiento antirretroviral y aporta información sobre su observancia y el riesgo de transmisión del VIH a nivel particular y de la población.

Un TAR efectivo ayuda a reducir la transmisión del VIH. Diversos estudios corroboran la premisa de que ofrecer tratamiento a las personas seropositivas reduce significativamente la transmisión sexual del virus. Por consiguiente, suprimir la carga viral debería reducir en gran medida el riesgo de transmisión a una pareja no infectada. Asimismo, evita la transmisión perinatal. Un determinante clave del fracaso terapéutico es el aumento de la carga viral.

Características del indicador

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

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

Metodología

Las cifras fueron solicitadas a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Incluye información de SS, Semar y Pemex, que representan al 64.3% del total de personas en TAR.

Resultados

La supresión viral (≤ 1000 copias/ml) fue de 52.5% si se toma en cuenta el total de personas en TAR, aun cuando el denominador sólo contenga información de tres instituciones del sector salud público. Sin embargo, este porcentaje aumenta, cuando ajustamos el denominador utilizando sólo a las personas que se encuentran en TAR en estas tres instituciones, siendo 82.8%, siendo este último cálculo una mejor aproximación del indicador. Con esta referencia, no se perciben diferencias de género, ya que la razón mujer/hombre es superior a 0.9 (1.0).

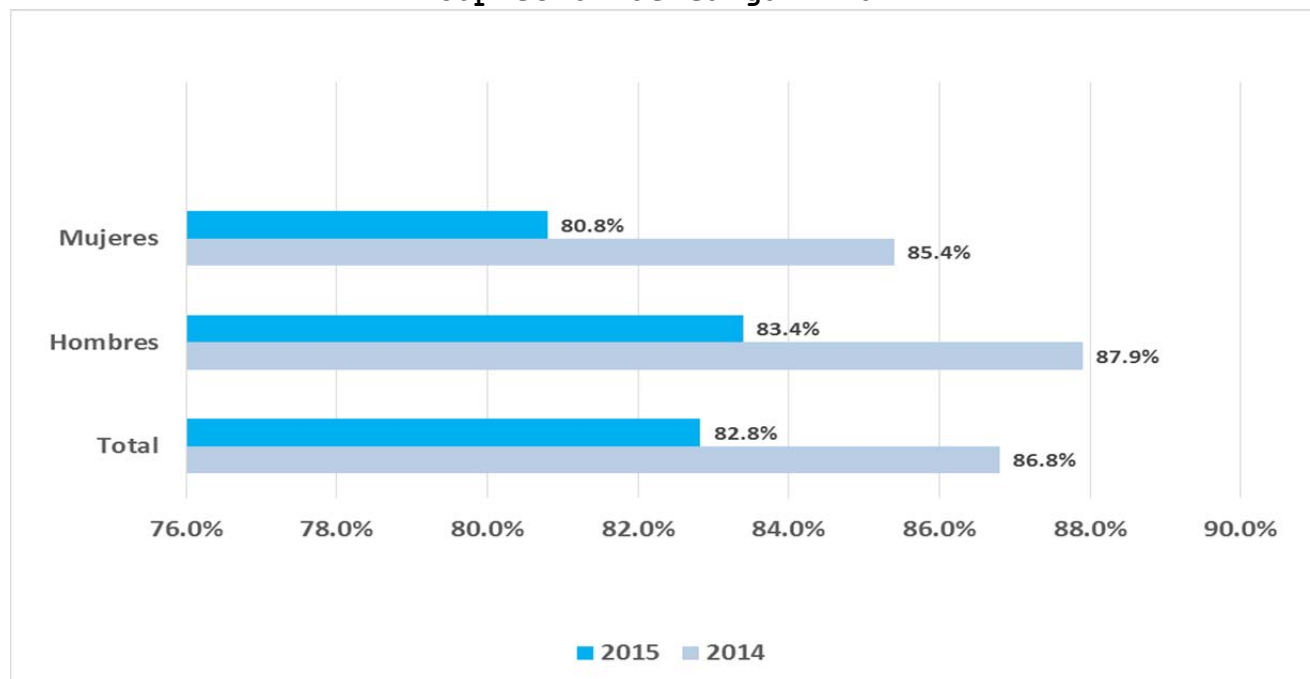
Los datos de informes anteriores no pueden ser estrictamente comparados en virtud de que, el denominador se amplió para el total de personas que reciben TAR, en lugar del número de personas en TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo. Sin embargo, las diferencias en el denominador y en los resultados del indicador no son muchas.

La supresión viral medida como <50 copias/ml fue de 46.0% respecto del total de personas en TAR. Nuevamente, ajustando el denominador, con las instancias que aportaron información para el numerador, el

porcentaje aumenta a 72.6%. No existen diferencias de género, ya que la razón mujer/hombre es superior a 0.9 (1.0).

Gráfica 14

**INDICADOR No. 4.6
Supresión de carga viral**



Fuente:

SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público, aproximadamente. Datos preliminares, cierre 2015.

4.7 Muertes relacionadas con el sida

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

Características del indicador

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

Metodología

Para los fines de este indicador se consideran las defunciones por VIH 2013 a nivel nacional, por entidad de residencia, sin incluir extranjeros. La información se desglosa por sexo, edad quinquenal y región geográfica.

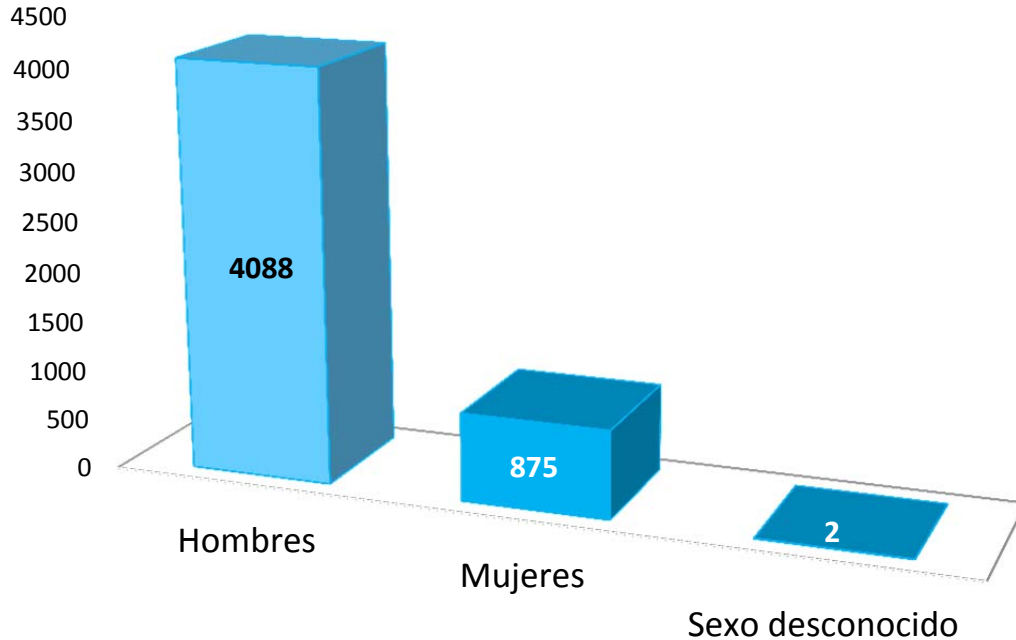
En México se realizó una regionalización geográfica, la cual abarca cinco áreas; cada una engloba las siguientes entidades federativas:

1. Región Noroeste: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Sinaloa y Sonora.
2. Región Noreste: Coahuila, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí y Tamaulipas.
3. Región Centro: Ciudad de México, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Puebla y Tlaxcala.
4. Región Occidente: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Querétaro y Zacatecas.
5. Región Sureste: Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, y Yucatán.

De acuerdo a las tasas de mortalidad del 2013, la región sureste (que abarca las entidades federativas de Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, y Yucatán) ocupa el primer lugar en tasa de mortalidad por VIH, con una tasa de 6.9 defunciones por VIH por cada 100 mil habitantes. La región Noroeste (Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Sinaloa y Sonora) ocupa el segundo lugar de mortalidad con una tasa de 4.9 defunciones por VIH por cada 100 mil habitantes. En tercer lugar se encuentra la región Noreste (Coahuila, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí y Tamaulipas) con una tasa de mortalidad de 3.8 defunciones por VIH por cada 100 mil habitantes.

Gráfica 15

INDICADOR 4.7
Muertes relacionadas con el sida



Fuente:
INEGI y SS. Registros de mortalidad 2013. México, 2014.

Resultados

En el 2013, el número de muertes relacionadas con el VIH asciende a 4,965, de las cuales 4,088 corresponden al sexo masculino (82%) y 875 al sexo femenino (18%). El mayor número de muertes corresponde al grupo de 15 años o más, tanto en hombres como en mujeres. Entre 2012 y 2013 se mantuvo estable la tasa de mortalidad en 4.2 defunciones por 100 mil habitantes; sin embargo, se percibe una reducción de 10.6% en la mortalidad por VIH en 2013, al compararlo con el punto más alto en los últimos años (2008: 4.7).

Cuadro 3. Tasas de mortalidad por VIH

| No. | Región | HOMBRES | | MUJERES | | TOTAL | |
|--------------|------------|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|------------|
| | | Total de Poblacion | Tasa | Total de Poblacion | Tasa | Total de Población | Tasa |
| 1 | Sureste | 11,598,473 | 11.3 | 12,166,856 | 2.7 | 23,765,329 | 6.9 |
| 2 | Noroeste | 6,738,864 | 8.1 | 6,780,153 | 1.8 | 13,519,017 | 4.9 |
| 3 | Noreste | 7,766,062 | 6.1 | 7,957,015 | 1.5 | 15,723,077 | 3.8 |
| 4 | Centro | 19,727,329 | 5.9 | 21,045,344 | 1.0 | 40,772,673 | 3.4 |
| 5 | Occidental | 11,980,229 | 4.9 | 12,634,728 | 0.8 | 24,614,957 | 2.8 |
| Total | | 57,810,957 | 7.1 | 60,584,096 | 1.4 | 118,395,053 | 4.2 |

Notas: Tasas por 100 mil habitantes.

Fuentes:

INEGI y SS. Registros de mortalidad 2013. México, 2014.

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

La región sureste (que abarca las entidades federativas de Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, y Yucatán) ocupa el primer lugar en tasa de mortalidad por VIH, con 6.9 defunciones por VIH por cada 100 mil habitantes. La región Noroeste (Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Sinaloa y Sonora) ocupa el segundo lugar de mortalidad con 4.9 defunciones por VIH por cada 100 mil habitantes. La región con la menor mortalidad es la occidental, con una tasa de 2.8 (Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Querétaro y Zacatecas).

La misma tendencia regional se mantiene en el análisis por sexo.

Tuberculosis

11.1 Porcentaje estimado de casos incidentes de personas seropositivas que tienen tuberculosis, que recibieron tratamiento tanto para la tuberculosis como para el VIH

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

Características del indicador

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

Metodología

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

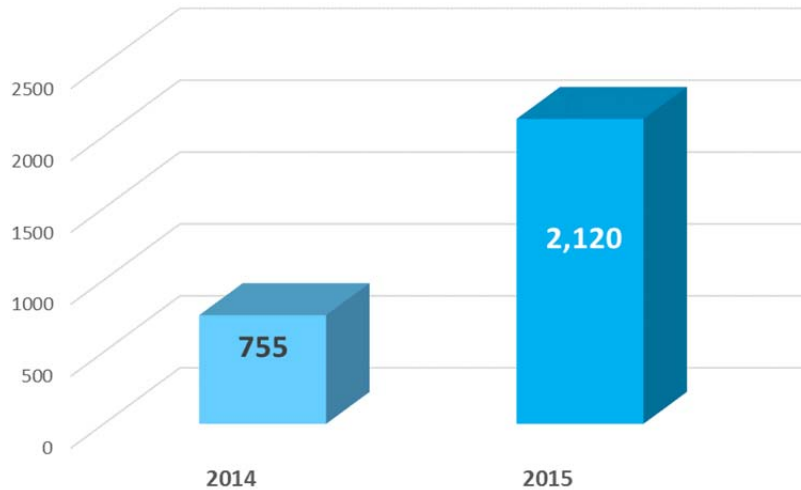
Resultados

Únicamente se cuenta con datos del numerador: 2,120 personas han recibido TAR y han empezado el tratamiento para la tuberculosis, de los cuales 81% son hombres, 19% mujeres y 2% son menores de 15 años y 98% 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 755, lo cual representa un porcentaje de incremento de 181%, entre ambos años. Lo anterior está relacionado con que, el Imss incrementó notablemente lo reportado en este año, respecto de lo declarado el año anterior, con lo cual se percibe una mejora en el reporte de la información en el tema por parte de esta institución.

Gráfica 16

INDICADOR No. 11.1
Casos incidentes de tuberculosis estimados en personas seropositivas que recibieron tratamiento para tuberculosis y VIH



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, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2015.

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. Datos preliminares, cierre 2014.

11.2 Proporción de adultos y niños de nuevo ingreso en atención para VIH que fueron detectados con enfermedad activa de tuberculosis

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

La intensificación de la detección debe implementarse en todos los centros de atención y tratamiento de la infección por el VIH en la primera consulta, lo cual es de suma importancia en las personas seropositivas que ingresan por primera vez en la atención y el tratamiento de la infección por el VIH, dado que el riesgo de que

tengan tuberculosis sin detectar es mayor que en las personas que ya están recibiendo el tratamiento antirretroviral. Asimismo, las personas seropositivas que ingresan por primera vez en la atención pueden ser menos conscientes de los síntomas de la tuberculosis y de la importancia de su detección temprana y tratamiento oportuno, por lo que posiblemente no acudan a la atención cuando tengan síntomas generales o específicos de tuberculosis.

Características del indicador

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

Metodología

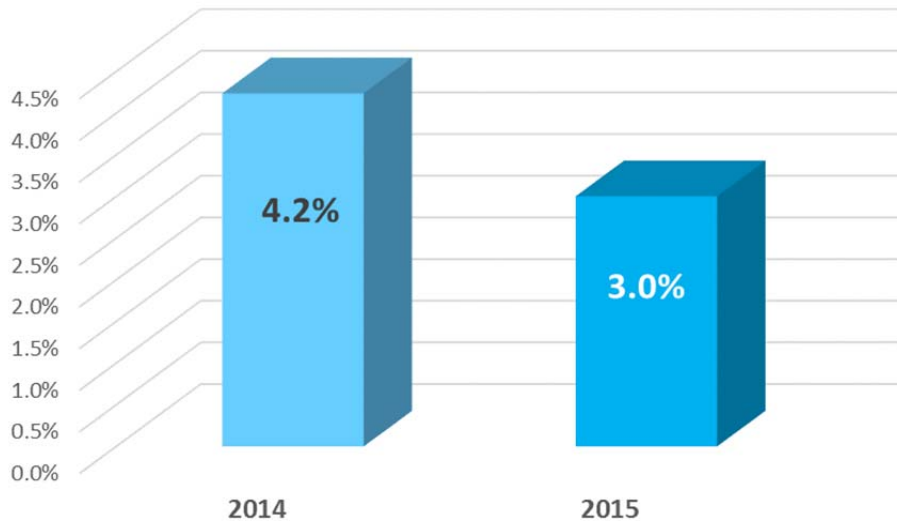
La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH el Sida e ITS (GIS), del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida (CONASIDA). Se incluye información de: SS, Imss, Issste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

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 3.0%, con respecto al año 2014 que fue de 4.2% muestra un porcentaje ligeramente inferior, el cual no parece ser significativo; pero demuestra el poco avance en la materia.

Gráfica 17

INDICADOR No. 11.2
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 del Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público y privado: SS, Imss, Issste, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2015.

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

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

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

Características del indicador

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

Metodología

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

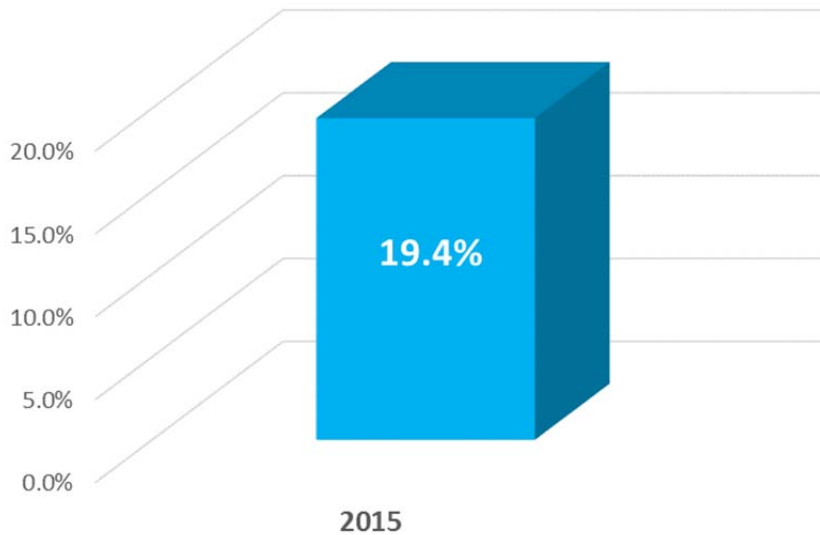
Resultados

El porcentaje de adultos y niños incorporados por primera vez en la atención de la infección por el VIH y que inician profilaxis con isoniazida es del 19.4%. En el pasado informe este indicador fue reportado por menos instituciones, pero las principales (SS e Imss) aumentaron su reporte, debido a una mejora en el registro de información, principalmente la SS.

Gráfica 18

INDICADOR No. 11.3

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



Fuente:

SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH del Sida e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información de: SS, Imss, Issste, Semar y Pemex. Datos preliminares, cierre 2015.

Infecciones de transmisión sexual

11.9 Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal 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 55.4% de las mujeres embarazadas en el país. En el numerador se incluye el número de detecciones iniciales de sífilis positivas realizadas en mujeres que acudieron a atención prenatal. En el denominador, el total de detecciones de sífilis iniciales realizadas en mujeres embarazadas que acudieron a atención prenatal.

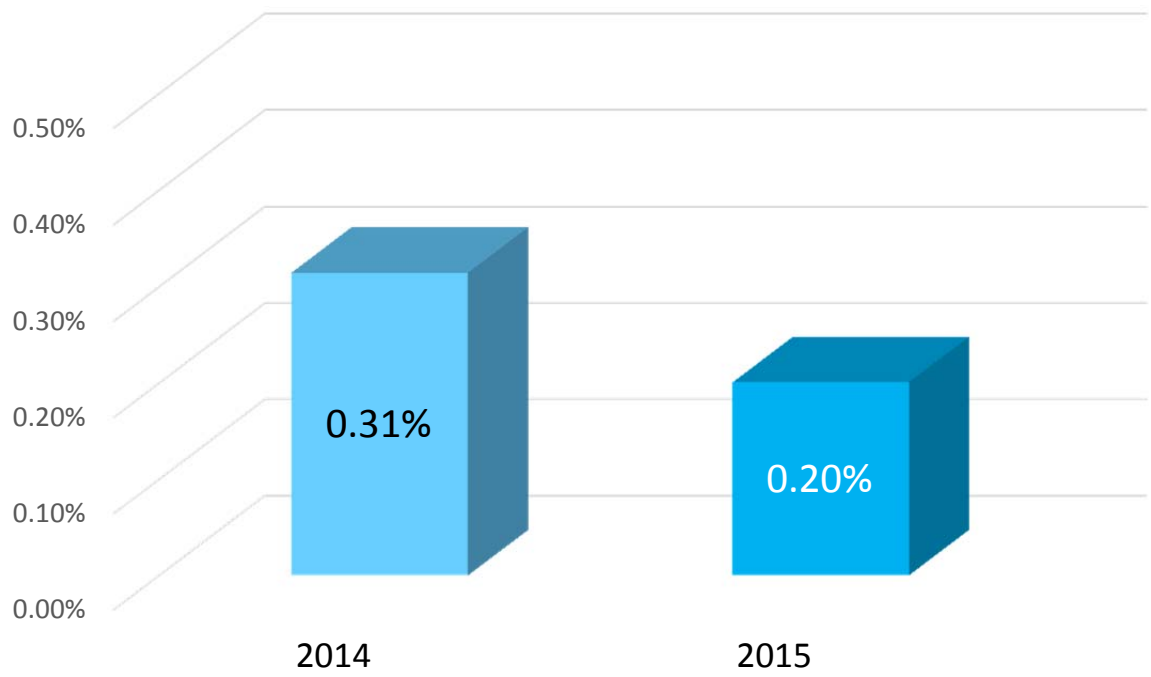
Resultados

En el 2015, la prevalencia de sífilis positiva en embarazadas fue de 0.20%, que es 43.3% menos a la cifra reportada en el año previo (0.31%). Es importante señalar que, el reporte de esta cifra ha sido muy irregular en los años previos, por lo que es necesario revisar esta tendencia. No se encuentra disponible la información por grupos de edad.

Gráfica 19

INDICADOR 11.9

Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal positivas para sífilis



Fuente:
SS/DGIS/Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 2015.
Consulta 11 de enero del 2016.

11.11 Número de casos reportados de sífilis congénita (nacidos vivos y muerte fetal) en los últimos 12 meses

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

Características del indicador

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

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

Metodología

La fuente de utilizada son los registros de vigilancia epidemiológica para los casos notificados de sífilis congénita en los últimos 12 meses y el número de nacidos vivos estimados; para lo cual se utilizaron las proyecciones de nacimientos del país, para guardar correspondencia con el año pasado.

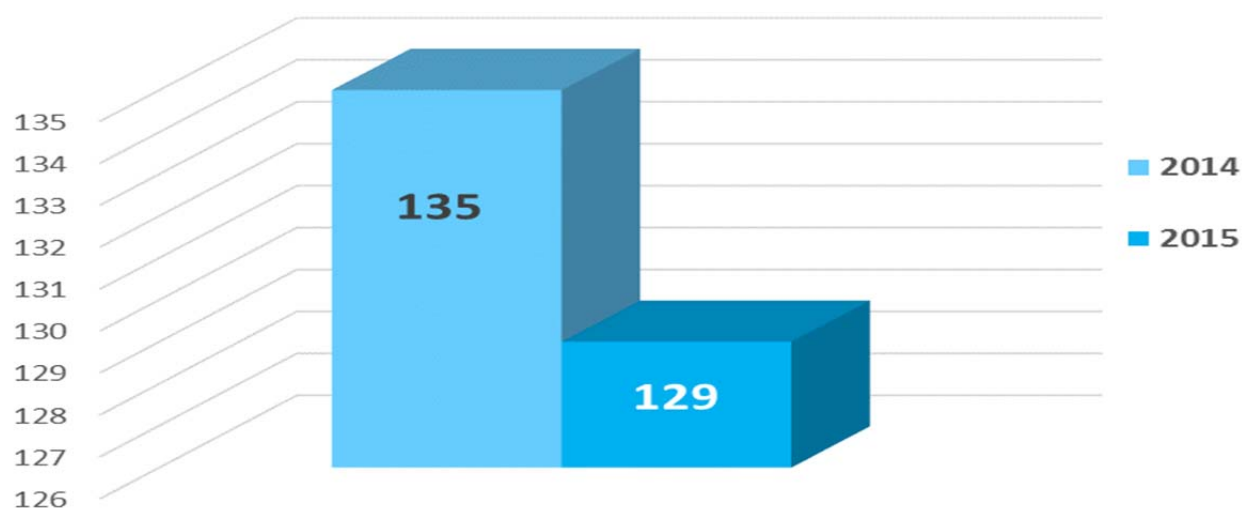
En relación a los mortinatos por sífilis congénita; el país no dispone de esta información. El año pasado se incluyeron cifras por error, que se referían a las defunciones neonatales por esta causa, sin embargo, el número no era significativo, ni modificaba la tendencia de la tasa.

Resultados

En los años 2014 y 2015, el número de casos notificados con sífilis congénita por cada mil nacidos vivos fue de 0.06, con 135 y 129 casos nuevos respectivamente. Es importante mencionar que, las cifras preliminares generalmente son superiores a las definitivas de cada año en sífilis congénita. En este sentido, se percibe un descenso en el número de casos nuevos de esta infección, de 38% de 2012 a 2014 (cifras definitivas).

Gráfica 20

INDICADOR 11.11
Número de casos reportados de sífilis congénita (nacidos vivos) en los últimos 12 meses



Fuente: SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52. Datos preliminares, 2014 y 2015.

11.13 Número de adultos reportados con úlceras genitales en los últimos 12 meses

La secreción uretral en hombres es un síndrome de infección de transmisión sexual que en la mayor parte de los casos está causado por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*. La manifestación de un síndrome de ITS agudo, como la secreción uretral, es un indicio de relaciones sexuales sin protección y facilita la transmisión del VIH. Por lo tanto, su monitoreo contribuye a la vigilancia del VIH de segunda generación, como alerta temprana del potencial epidémico del VIH a partir de la transmisión sexual y de las actividades sexuales de alto riesgo que podrían requerir de intervenciones programáticas más agresivas para reducir el riesgo.

No tratar la secreción uretral puede tener como consecuencias infertilidad, ceguera o una enfermedad diseminada. El aumento de la resistencia a las opciones terapéuticas recomendadas para *Neisseria gonorrhoeae* puede hacer que esta infección sea intratable.

Características del indicador

Este indicador apoya la medición de avances en la reducción del sexo sin protección en hombres.

Metodología

En el numerador, se reporta los casos nuevos de sífilis adquirida, herpes genital y chancro blando (como un proxy) de úlcera genital en adultos y en el denominador las proyecciones de las personas de 15 años o más del país.

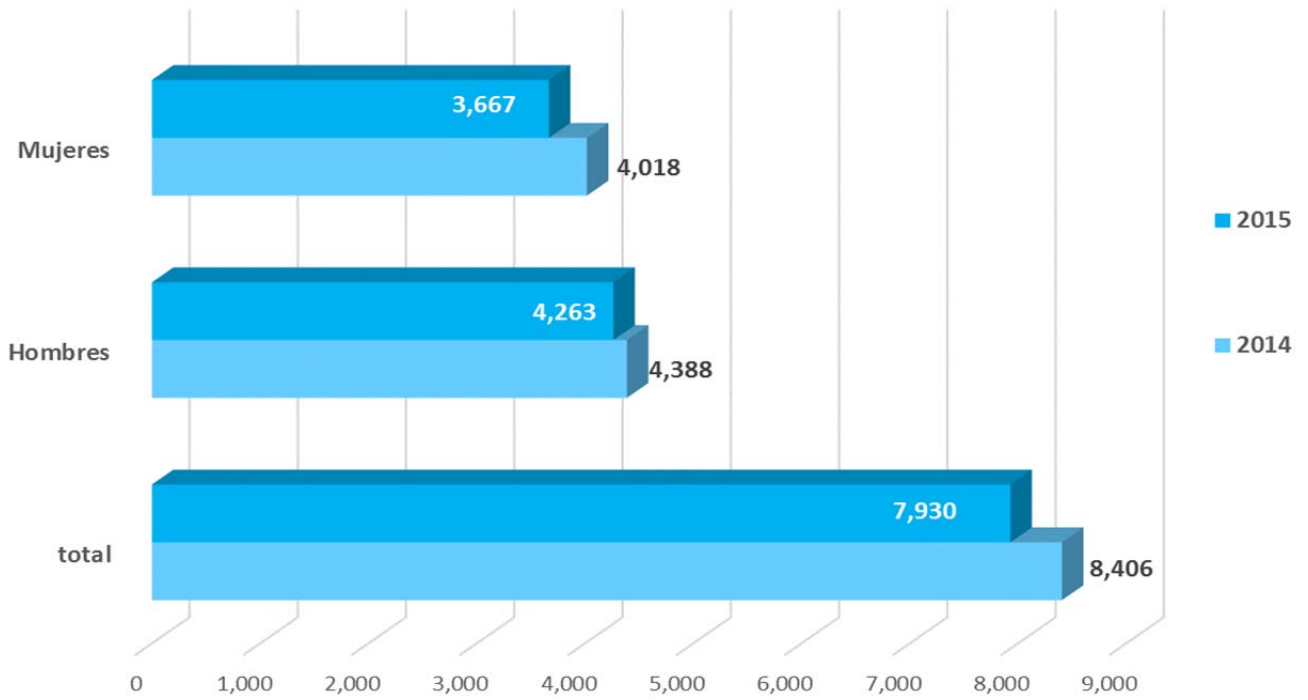
Resultados

En el 2015, se reportó una tasa de 9.06 casos de úlcera genital por cada 100 mil personas adultas; mientras que para 2014 fue de 9.8, lo que representa -7.6% de disminución. En hombres la tasa fue de 10.2 y en mujeres de 8.0, ambas disminuyeron respecto del año anterior en -4.3% y -10.2%, respectivamente. Es importante mencionar que, las cifras preliminares generalmente son superiores a las definitivas de cada año en estas infecciones.

Gráfica 21

INDICADOR 11.13

Número de adultos reportados con úlceras genitales en los últimos 12 meses



Fuente: SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52. Datos preliminares, 2014 y 2015.

BIBLIOGRAFÍA

Arantxa Colchero, Cortés MA, Sosa-Rubí S, Romero M, Bautista S, Vega H, et al. Principales resultados de la encuesta de salud con seroprevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México. México: INSP, s/f.

Arantxa Colchero, Cortés MA, Sosa-Rubí S, Romero M, Bautista S, Vega H, et al. Resultados de la Encuesta de salud con seroprevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México. Reporte Técnico. México: INSP, 2013.

Bautista-Arredondo S, González A, Servan-Mori E, Beynon F, Juarez-Figueroa L, Conde-Glez CJ, et al. A Cross-Sectional Study of Prisoners in Mexico City Comparing Prevalence of Transmissible Infections and Chronic Diseases with That in the General Population. PLoS ONE (2015).

Bautista-Arredondo S, Colchero A, Cortés A, Sosa-Rubí S, Romero M. VI. Resultados de la encuesta a mujeres trans. En. Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/sida. Ciudad de México: INSP, 2014: 23-42.

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.

Inegi y SS. Registros de mortalidad 2013. México, 2014.

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

Onusida. Directrices: Presentación de los informes sobre los avances en la respuesta mundial al Sida 2015. Ginebra, Suiza. Diciembre, 2014. Páginas 26-30.

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.

Onusida. Hoja informativa 2015. Estadísticas globales. World Aids Day 2015. Ginebra, 2015.

Onusida y Censida. Modelo Spectrum 5.41. En proceso.

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 2013. México, marzo 2015.

SS/DGE. Registros Nacionales de Casos de SIDA y Seropositivos a VIH. Datos al 31 de diciembre del 2015. Elaboración SS/Censida/DIO.

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

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 2014. México, marzo 2015.

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.

SS/Censida. Estimaciones del sector privado.

SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH, el Sida e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación. Datos preliminares 2014 y 2015.

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

SS/DGIS/Sistema de Información en Salud (SIS). 2015.

SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana 52. Datos preliminares, 2014 y 2015.

| | |
|--|------|
| A. Servicios de pruebas del VIH (UA) | DAI |
| B. Terapia antirretrovírica (UA) | DAI |
| C. Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) (UA) | DAI |
| D. Infecciones de transmisión sexual (ITS) (UA) | DAI |
| E. Poblaciones clave (UA) | DPPS |
| G. Profilaxis previa a la exposición y profilaxis posterior a la exposición (UA) | DAI |
| H. Vigilancia (UA) | DIO |
| I. Seguimiento y evaluación (UA) | DIO |
| J. Resistencia a los medicamentos del VIH (UA) | DAI |
| K. Vigilancia del seguimiento de la toxicidad (UA) | DAI |
| L. Planificación y revisión estratégica (UA) | DIO |
| M. Salud reproductiva e investigación (UA) | DAI |

• A. Servicios de pruebas del VIH (UA)

1) Poblaciones. ¿Incluyen las directrices actuales de los servicios de pruebas del VIH a...?

a) niños

sí

no

no sé

b) adolescentes

sí

no

no sé

c) poblaciones clave (HSH, PPL, PUDI, HTS, MTS y Trans)

sí

no

no sé

2) Asesoramiento y pruebas iniciados por el proveedor. ¿Recomiendan las directrices actuales de los servicios de pruebas del VIH el asesoramiento y las pruebas iniciados por el proveedor para...?

a) todas las personas que acuden a centros de salud

sí

no

no sé

b) todas las mujeres embarazadas que acuden a centros de salud

sí

no

no sé

c) todos los pacientes pediátricos que acuden a centros de salud

sí

no

no sé

d) todas las personas con infección por tuberculosis, presunta o diagnosticada, que acuden a centros de salud

sí

no

no sé

e) todas las personas con infección de transmisión sexual (ITS), presunta o diagnosticada, que acuden a centros de salud

sí

no

no sé

f) todas las personas con hepatitis (B/C), presunta o diagnosticada, que acuden a centros de salud

sí

no

no sé

g) todas las poblaciones clave que acuden a centros de salud

sí

no

no sé

h) parejas sexuales de personas seropositivas

sí

no

no sé

i) otras poblaciones que acuden a centros de salud

sí

no

no sé

Si selecciona otras, especifique cuáles: Mujeres atendidas en centros de displasia de cáncer cérvico uterino, a todas las personas que han sufrido violencia sexual, a personas que han sufrido accidente ocupacional, a niños y niñas nacidos de madres con VIH.

3) ¿Recomiendan las directrices actuales de los servicios de pruebas del VIH lo siguiente?

a) el uso de servicios de pruebas del VIH comunitarios

sí

no

no sé

b) el uso de pruebas de diagnóstico rápido para las pruebas comunitarias

sí

no

no sé

c) el uso de pruebas de diagnóstico rápido en los centros de atención primaria de salud

sí

no

no sé

d) el uso de pruebas de diagnóstico rápido para recibir resultados el mismo día en pruebas realizadas en los centros

sí

no

no sé

e) el uso de pruebas de diagnóstico rápido realizadas por proveedores legos (Cualquier persona que ejerza funciones relacionadas con la prestación de atención sanitaria y que haya sido formada para prestar servicios específicos, pero que no haya obtenido ningún certificado profesional ni paraprofesional oficial, así como ningún título de educación superior)

sí

no

no sé

f) el uso de pruebas de diagnóstico rápido para pruebas del VIH realizadas a uno mismo

sí

no

no sé

4) Servicios de pruebas del VIH para parejas. ¿Recomiendan las directrices actuales de los servicios de pruebas del VIH lo siguiente?

a) Servicios de pruebas del VIH para parejas en todos los contextos

sí

no

no sé

b) Servicios de pruebas del VIH para parejas en programas de prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI)

sí

no

no sé

c) Servicios de notificación para parejas en todos los contextos

sí. Se recomienda la notificación a las parejas; sin embargo, la decisión es de la persona con VIH

no

no sé

• B. Terapia antirretrovírica (UA)

1) Estado de las directrices sobre tratamiento antirretrovírico. Incluya en que mes y año se completó y publicó la última revisión de las directrices e indique si son independientes o unificadas.

a) Directrices sobre terapia antirretrovírica en adultos:

Mes y año de la última revisión: noviembre, 2015

independientes

unificadas

b) Directrices sobre PTMI:

mes y año de la última revisión: noviembre, 2015

independientes

unificadas

c) Directrices sobre el tratamiento antirretrovírico pediátrico:

mes y año de la última revisión: noviembre, 2015

independientes

unificadas

d) Directrices operativas/de prestación de servicios:

mes y año de la última revisión: 2010

independientes

unificadas

Adjunte una copia de los documentos, si está disponible.

2) ¿Se han adaptado las recomendaciones de las Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la

prevención de la infección por VIH de 2013 de la OMS en un proceso nacional para...?

a) Directrices sobre terapia antirretrovírica en adultos:

sí, completado

en curso

no

otro Si elige otro, descríballo:

b) Directrices sobre PTMI:

sí, completado

en curso

no

otro

Si elige otro, descríballo:

c) Directrices sobre el tratamiento antirretrovírico pediátrico:

sí, completado

en curso

no

otro Si elige otro, descríballo:

3) ¿Se han adaptado las recomendaciones de las Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH de 2015 de la OMS y las directrices publicadas anticipadamente en un proceso nacional para...?

a) Directrices sobre terapia antirretrovírica en adultos:

sí, completado

en curso

no

otro

Si elige otro, descríballo:

b) Directrices sobre PTMI:

sí, completado

en curso

no

otro

Si elige otro, descríballo:

c) Directrices sobre el tratamiento antirretrovírico pediátrico:

sí, completado

en curso

no

otro

Si elige otro, descríballo:

4) ¿Cuáles son las metas nacionales de terapia antirretrovírica para...?

a) Número total de personas que reciben tratamiento antirretrovírico (por ejemplo, 1 millón para 2015)

adultos año

niños año

b) Cobertura de la terapia antirretrovírica para la PTMI en mujeres embarazadas -por ejemplo XX% en 2016- (*Dentro del 4º objetivo: la meta para la cobertura del tratamiento antirretrovírico entre mujeres embarazadas es alcanzar el 90% en 2015.*)

% año

% año

5) ¿Cuál es el umbral de CD4 recomendado para iniciar la terapia antirretrovírica en adultos y adolescentes asintomáticos?

a) Según las directrices del Ministerio de Salud:

tratamiento para todos independientemente del recuento de CD4

≤500

≤350

otro

Si elige otro, especifique cuál:

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

no se aplica en la práctica

se aplica en un número limitado de centros de tratamiento

se aplica en un gran número de centros de tratamiento

se aplica en todo el país

otro

Si elige otro, descríballo:

6) Si las directrices nacionales recomiendan un umbral de CD4 de 500 o el tratamiento para todos, ¿se da prioridad a las personas que tienen un recuento de CD4 <350 o a aquellos con una enfermedad clínica avanzada?

sí

En caso afirmativo, especifique: prioridad a las personas con CD4 <350 o con enfermedad clínica avanzada

no

no corresponde (por ejemplo, el país no ha adoptado todavía un umbral de 500 CD4 ni el tratamiento para todos)

otro

Si elige otro, incluya un comentario:

7) Si su país no ha adoptado todavía la política de tratamiento para todos de conformidad con las directrices unificadas sobre tratamiento antirretrovírico de 2015 de la OMS, ¿cuenta con un plan para adoptar y aplicar en un futuro la política de tratamiento para todos?

sí

no

En caso afirmativo, incluya el año y el enfoque previsto (enfoque piloto, por fases o de ámbito nacional):

Año: _____

Enfoque previsto _____

enfoque piloto

por fases

de ámbito nacional

Si la respuesta es no, comente las dificultades que impiden adoptar y aplicar la política de tratamiento para todos:

8) Criterios para el inicio de la terapia antirretrovírica adoptados en las directrices nacionales para lactantes y niños seropositivos:

a) ¿Cuál es la edad límite para tratar a todos los niños, independientemente de si presentan síntomas, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud?

<1 año

<2 años

<5 años (según las directrices de la OMS de 2013)

<10 años (según las directrices de la OMS de 2015)

otra

Si elige otra, incluya un comentario:

b) ¿Cuál es el estado de aplicación de la política de edad límite adoptada en 8a)?

no se aplica en la práctica

se aplica en un número limitado de centros de tratamiento

se aplica en un gran número de centros de tratamiento

se aplica en todo el país

otro

Si elige otro, incluya un comentario:

c) ¿Cuál es el umbral del recuento de células CD4 en niños de cinco o más años de edad que no presentan síntomas según las directrices del Ministerio de Salud?

tratamiento para todos, independientemente del recuento de CD4

≤500

≤350

otro

Si elige otro, incluya un comentario:

d) ¿Cuál es el estado de aplicación de la política sobre el umbral del recuento de células CD4 adoptada según lo anterior?

no se aplica en la práctica

se aplica en un número limitado de centros de tratamiento

se aplica en un gran número de centros de tratamiento

se aplica en todo el país

otro

Si elige otro, incluya un comentario:

9) ¿Recomiendan las directrices nacionales el tratamiento antirretrovírico para todos los pacientes seropositivos con tuberculosis activa?

sí

no

otro

Si elige otro, incluya un comentario:

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

sí

no

otro

Si elige otro, incluya un comentario:

11) ¿Recomiendan las directrices nacionales el tratamiento antirretrovírico para las personas seropositivas en parejas serodiscordantes?

sí

no

otro

Si elige otro, incluya un comentario:

Se recomienda tratamiento antirretroviral a todas las mujeres embarazadas serodiscordantes (VIH-negativas con pareja que vive con VIH)

12) ¿Recomiendan las directrices nacionales el tratamiento para todas las personas seropositivas identificadas como poblaciones clave* independientemente de su recuento de células CD4 tratamiento para todos)?

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

sí

no La guía no especifica sobre poblaciones clave

En caso afirmativo, especifique qué poblaciones clave:

13) ¿Para qué poblaciones está permitido el tratamiento antirretrovírico iniciado por enfermeros? (se pueden seleccionar varias opciones)

adultos no embarazados (hombres, mujeres y personas transgénero)

mujeres embarazadas

adolescentes (10-19 años)

niños <10 años

ninguna

Regímenes terapéuticos

14) ¿Son TDF/3TC o (FTC)/EFV las combinaciones antirretrovíricas de primera línea preferidas para iniciar el tratamiento en las directrices nacionales para...?

a) adultos y adolescentes

sí

no

otra

Si elige otra, incluya un comentario:

b) mujeres embarazadas

sí

no

otra

Si elige otra, incluya un comentario:

15) ¿Utiliza el país combinaciones de terapia antirretrovírica de dosis fija como tratamiento preferido de primera línea? (es posible seleccionar varias opciones)

- sí, una píldora con 3 fármacos una vez al día
 sí, combinación de dosis fija con 2 fármacos + 1 fármaco
 no
 otra

Si elige otra, incluya un comentario:

16) ¿Existe una política para la retirada progresiva de D4T para...?

a) adultos y adolescentes

- sí, retirada completa
 sí, retirada parcial
 otra

Si elige otra, incluya un comentario:

b) niños

- sí, retirada completa
 sí, retirada parcial
 otra

Si elige otra, incluya un comentario:

17) ¿Son AZT/3TC (o FTC)/ATV/r (o LPV/r) las combinaciones antirretrovíricas de segunda línea preferidas para tratar a adultos y adolescentes seropositivos según las directrices nacionales?

- sí
 no
 otra

Si elige otra, incluya un comentario: TDF/FTC o ABC/3TC + LPV/r o DRV/r

18) ¿Cuál es el inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa (INTI) preferido para iniciar el tratamiento en niños seropositivos con menos de tres años de edad?

- abacavir (ABC)
 zidovudina (AZT)
 estavudina (d4T)
 otro (Lamivudina)

Si elige otra, incluya un comentario:

19) ¿Son los regímenes terapéuticos basados en LPV/r la opción de tratamiento preferida para todos los lactantes y niños seropositivos menores de 36 meses (independientemente de su exposición a INNTI) según las directrices nacionales?

- sí, para todos
 no, pero se recomiendan únicamente para los niños expuestos a INNTI
 no se recomiendan

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

- sí
 no
 otro

Si elige otra, incluya un comentario:

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

TDF + 3TC (o FTC)

AZT + 3TC (o FTC)

ABC + 3TC (o FTC)

otro

Si elige otra, incluya un comentario:

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

TDF + 3TC (o FTC)

AZT + 3TC (o FTC)

ABC + 3TC (o FTC)

otro

Si elige otro, especifique cuál:

Seguimiento de la respuesta al tratamiento

23) ¿Utiliza el país tecnología de CD4...?

a) en el punto de atención

sí

no

En caso afirmativo, ¿qué proporción de centros utilizan pruebas de CD4

en el punto de atención? 1 % CONDESA, OAXACA, NUTRICIÓN, INER

b) en el laboratorio

sí

no

c) tanto en el punto de atención como en el laboratorio

sí

no

d) si se dispone de pruebas de CD4, ¿qué proporción de hospitales de distrito tienen capacidad para realizarlas?

Facilite una estimación 60 %

e) ¿Qué proporción de centros de atención sanitaria tiene acceso al recuento de células de CD4 para realizar pruebas a sus pacientes, ya sea en el propio centro o derivando a estos a un centro cercano?

Facilite una estimación 100 %

24) ¿Existe actualmente una política nacional sobre la carga vírica rutinaria para supervisar la terapia antirretrovírica? ¿Cuál es su nivel de aplicación?

a) para adultos y adolescentes

sí, aplicación total (indique la fecha

sí, ejecución parcial (indique la fecha) desde 2009

sí, pero no se aplica

no

b) para niños

sí, aplicación total (indique la fecha)

sí, ejecución parcial (indique la fecha) desde 2009

sí, pero no se aplica

___ no
25) ¿Cuál es la política/estrategia sobre las pruebas de carga viral para hacer un seguimiento de la respuesta al tratamiento?

a) para adultos y adolescentes

i. primera prueba rutinaria a los:

3 meses

___ 6 meses

___ 12 meses

ii. pruebas rutinarias de seguimiento cada:

___ 3 meses

6 meses

___ 12 meses

iii. adaptadas (cuando se sospecha que no se está respondiendo al tratamiento antirretrovírico)

sí

___ no

___ otra

Si elige otra, incluya un comentario:

b) para niños

i. primera prueba rutinaria a los:

3 meses

___ 6 meses

___ 12 meses

ii. pruebas rutinarias de seguimiento cada:

___ 3 meses

6 meses

___ 12 meses

iii. adaptadas (cuando se sospecha que no se está respondiendo al tratamiento antirretrovírico)

sí

___ no

___ otra

Si elige otra, incluya un comentario:

26) ¿Se da prioridad a las pruebas de carga viral para pacientes y situaciones determinadas?

___ sí

no

En caso afirmativo, explíquelo:

27) ¿Cuál es la disponibilidad y la cobertura de las pruebas de carga viral en la actualidad?

Especifique un porcentaje:

___ solo en centros especializados

en todos los centros que ofrecen terapia antirretrovírica, ya sea en el mismo centro o por derivación a otros centros

___ disponible en un ___ % de los centros que ofrecen tratamiento antirretrovírico.

28) ¿Dispone su país de pruebas de carga viral en el punto de atención?

sí

no

En caso afirmativo, explique cómo se utilizan las pruebas de carga viral en el punto de atención en su estrategia:

Prestación de servicios:

29) ¿Cuáles de las siguientes modalidades de prestación de servicios se incluyen en la política nacional sobre tratamiento antirretrovírico? (Es posible seleccionar varias opciones)

a) para adultos y adolescentes

provisión de tratamiento antirretrovírico en clínicas de tuberculosis por parte de proveedores de atención para la tuberculosis

tratamiento para la tuberculosis en centros de terapia antirretrovírica por parte de proveedores de tratamiento antirretrovírico

provisión de terapia antirretrovírica en centros de salud materna, neonatal e infantil por parte de proveedores de servicios de salud materna, neonatal e infantil

provisión de tratamiento antirretrovírico en centros que ofrecen terapia de sustitución de opiáceos

provisión de terapia antirretrovírica en la atención primaria de salud por parte de proveedores de atención primaria de salud

los trabajadores de salud comunitarios ofrecen tratamiento antirretrovírico y apoyo a los pacientes

la terapia antirretrovírica se ofrece en la comunidad como parte de un modelo de atención diferenciada

detección y tratamiento de enfermedades cardiovasculares por parte de proveedores de tratamiento antirretrovírico

detección y tratamiento de problemas de salud mental por parte de proveedores de tratamiento antirretrovírico

otro

Si elige otro, especifique cuál:

b) para niños

provisión de tratamiento antirretrovírico en clínicas de tuberculosis por parte de proveedores de atención para la tuberculosis

tratamiento para la tuberculosis en centros de terapia antirretrovírica por parte de proveedores de tratamiento antirretrovírico

provisión de terapia antirretrovírica en centros de salud materna, neonatal e infantil por parte de proveedores de servicios de salud materna, neonatal e infantil

provisión de terapia antirretrovírica en la atención primaria de salud por parte de proveedores de atención primaria de salud

los trabajadores de salud comunitarios ofrecen tratamiento antirretrovírico y apoyo a los pacientes

la terapia antirretrovírica se ofrece en la comunidad como parte de un modelo de atención diferenciada

detección y tratamiento de enfermedades cardiovasculares por parte de proveedores de tratamiento antirretrovírico

detección y tratamiento de problemas de salud mental por parte de proveedores de tratamiento antirretrovírico

otro

Si elige otro, especifique cuál:

30) ¿Cuáles de las siguientes políticas sobre coinfección están vigentes? (es posible seleccionar múltiples opciones)

a) para adultos y adolescentes

terapia de prevención con isoniazida para personas que viven con el VIH

detección intensificada de casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH

control de la infección por tuberculosis en centros de atención sanitaria para el VIH

profilaxis con cotrimoxazol

detección de la hepatitis B en clínicas de terapia antirretrovírica

detección de la hepatitis C en clínicas de terapia antirretrovírica

tratamiento de la hepatitis B en clínicas de terapia antirretrovírica

tratamiento de la hepatitis C en clínicas de terapia antirretrovírica

vacunación para la hepatitis B en clínicas de terapia antirretrovírica

vacunación para la hepatitis C en clínicas de terapia antirretrovírica

otro

Si elige otro, especifique cuál:

b) para niños

terapia de prevención con isoniazida para personas que viven con el VIH

detección intensificada de casos de tuberculosis en personas que viven con el VIH

control de la infección por tuberculosis en centros de atención sanitaria pediátrica para el VIH

profilaxis con cotrimoxazol

detección de la hepatitis B en clínicas de terapia antirretrovírica

detección de la hepatitis C en clínicas de terapia antirretrovírica

tratamiento de la hepatitis B en clínicas de terapia antirretrovírica

tratamiento de la hepatitis C en clínicas de terapia antirretrovírica

vacunación para la hepatitis B en clínicas de terapia antirretrovírica

vacunación para la hepatitis C en clínicas de terapia antirretrovírica

servicios de salud sexual y reproductiva (incluidas ITS y planificación familiar) facilitados en clínicas de terapia antirretrovírica

otro

Si elige otro, especifique cuál:

31) ¿Existen políticas y estrategias nacionales para vincular el asesoramiento y las pruebas del VIH con la atención?

sí

no

En caso afirmativo, ¿incluyen lo siguiente?

a) intervenciones simplificadas (vínculos mejorados, revelación del estado serológico, seguimiento)

sí

no

b) enfoques de apoyo inter pares y de orientación para los pacientes

sí

no

c) enfoques de mejora de la calidad

sí

no

d) CD4 en el punto de atención

sí

no

Si existen otras, especifique cuáles:

32) ¿Existen políticas y estrategias nacionales sobre la retención en la terapia antirretrovírica?

sí

no

En caso afirmativo, ¿incluyen lo siguiente?

a) intervenciones comunitarias

sí

no

Si existen otras, especifique cuáles:

b) grupos de observancia y apoyo inter pares

sí

no

En caso afirmativo, especifique cuáles:

c) atención extra para personas de alto riesgo

sí

no

En caso afirmativo, especifique cuáles:

Si existen otras, especifique cuáles:

33) ¿Existen políticas y estrategias nacionales sobre el apoyo a la observancia?

sí

no

En caso afirmativo, ¿incluyen lo siguiente?

a) asesores inter pares

sí

no

b) mensajes de texto

sí

no

c) uso de dispositivos de recordatorio

sí

no

d) terapia cognitivo-conductual

sí

no

e) entrenamiento de habilidades conductuales/formación sobre la observancia de la medicación

sí

no

f) combinaciones de dosis fija y regímenes terapéuticos de una sola dosis al día

sí

no

Si existen otras, especifique cuáles:

34) ¿Existe una política y estrategia nacional sobre la provisión comunitaria de terapia antirretrovírica?

sí

no

En caso afirmativo, especifique qué enfoques se emplean para respaldar la provisión comunitaria de terapia antirretrovírica:

35) ¿Se facilita terapia antirretrovírica en centros comunitarios (por ejemplo, fuera de los centros de salud) para pacientes estables que siguen el tratamiento?

sí

no

En caso afirmativo, se aplica:

a nivel nacional

a nivel regional

en lugares piloto

36) ¿Existe una política sobre la atención diferenciada y la priorización de pacientes con una enfermedad avanzada del VIH?

sí

no

37) ¿Existe una política nacional sobre la frecuencia de las visitas a las clínicas y la recogida de medicamentos para los pacientes estables que reciben tratamiento antirretrovírico?

sí

no

En caso afirmativo, especifique:

visita clínica una vez al mes

visita clínica cada 3 meses

visita clínica cada 6 meses

visita clínica cada 12 meses

38) ¿Existe una política nacional sobre la frecuencia de recogida de medicamentos para los pacientes estables que reciben tratamiento antirretrovírico?

sí

no

En caso afirmativo, especifique:

recogida de antirretrovíricos una vez al mes

recogida de antirretrovíricos cada 3 meses

recogida de antirretrovíricos cada 6 meses

recogida de antirretrovíricos cada 12 meses

• C. Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) (UA)

1) ¿Cuenta con un plan nacional para eliminar la transmisión maternoinfantil (TMI) del VIH?

sí

no

En caso afirmativo, especifique las metas para el índice de TMI: _____ y el año: _____

En caso afirmativo, especifique las metas de eliminación (por ejemplo, número de casos/pob): _____ y año: _____

2) ¿Cuenta con un plan nacional para eliminar la transmisión maternoinfantil de la sífilis?

sí, integrado con el VIH y otras iniciativas de eliminación

sí, independiente (no integrado con el VIH u otras iniciativas de eliminación)

no existe ningún plan nacional

3) ¿Existe una política nacional para la detección rutinaria de la sífilis en mujeres embarazadas en su país?

sí

no

En caso afirmativo, ¿qué pruebas se utilizan?

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

pruebas de laboratorio treponémicas (por ejemplo, TPPA, TPHA)

pruebas treponémicas rápidas para la sífilis (por ejemplo, Bioline, Determine, Chembio)

pruebas rápidas duales para el VIH y la sífilis

4) ¿Cuál es la opción de PTMI que se recomienda actualmente a nivel nacional según las directrices del Ministerio de Salud?

Opción A

Opción B. En caso afirmativo, desde:

Tratamiento para todos (Opción B+).

Si se recomienda la opción B o tratamiento para todos (opción B+), indique desde qué año: 2014

a) ¿Cómo se aplica en la práctica la política de tratamiento para todos en el caso de las mujeres seropositivas embarazadas y lactantes?

no se aplica en la práctica

se aplica en un pequeño número de centros de salud materno-infantil

se aplica en un gran número de centros de salud materno-infantil

se aplica en todo el país

otro

5) Si actualmente se utilizan las opciones A o B, ¿está previsto realizar una transición al tratamiento para todos?

sí

no

En caso afirmativo, ¿en qué año?:

6) ¿Está realizando un seguimiento longitudinal de cohortes de mujeres embarazadas y de sus hijos?

sí

no

En caso afirmativo:

a) a nivel nacional

sí

no

b) a nivel subnacional

sí

no

c) en clínicas seleccionadas (de prueba o vigilancia)

sí

no

En caso afirmativo, especifique cuál:

7) ¿Cuál es el régimen terapéutico antirretrovírico de primera línea recomendado para las mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH?

TDF/3TC (FTC)/EFV

otro

Si elige otro, especifique cuál: ZDV/3TC+LPV/r

8) ¿Cuál es el régimen de PTMI recomendado a nivel nacional para niños expuestos?

Especifique el régimen profiláctico para los niños: ZDV

y la duración: 4 semanas

9) ¿Existe una política para la profilaxis dual de niños expuestos a un alto riesgo de infección por el VIH?

sí

no

En caso afirmativo, ¿cuál es el régimen recomendado?

NVP durante 12 semanas

AZT/NVP durante 12 semanas

AZT/NVP durante 6 semanas con NVP durante 6 semanas adicionales

AZT/NVP durante 6 semanas

AZT/3TC durante 4 semanas y NVP por 2 semanas

10) ¿Cómo se define la exposición de alto riesgo?

Explíquelo: Madre con carga viral mayor a 50 copias, sin tratamiento en el embarazo o con menos de 12 semanas de duración, diagnóstico de VIH en el parto, madre con enfermedad avanzada, ruptura de membranas prolongadas, ITS concomitante, hemorragia durante el parto, síndrome retroviral agudo durante el embarazo.

11) ¿Se han introducido las pruebas de ácido nucleico para el VIH (diagnóstico infantil precoz, ADN-RCP) al nacer para niños expuestos al virus?

sí

no

12) ¿Dispone su país de pruebas de ácido nucleico en el punto de atención para el diagnóstico infantil precoz?

sí

no

13) ¿Se están realizando pruebas de anticuerpos contra el VIH a los nueve meses para niños expuestos al virus?

sí

no

14) ¿Se están realizando pruebas de anticuerpos contra el VIH para un diagnóstico final a los 18 meses o a los tres meses tras el fin de la lactancia?

sí

no

15) ¿Existe alguna recomendación nacional sobre la alimentación infantil para niños expuestos al VIH?

sí, lactancia

sí, alimentación de sustitución

sí, se recomiendan ambas, se deja a elección de cada persona o de diferentes contextos

no

16) Si se recomienda la lactancia para mujeres seropositivas y niños expuestos, ¿se especifica la duración?

sí

no

En caso afirmativo, indique la duración en meses:

• **D. Infecciones de transmisión sexual (ITS) (UA)**

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

sí
 no

En caso afirmativo, indique el año de actualización: 2011

2) ¿Cuenta su país con una estrategia o plan de acción nacional para prevenir y controlar las ITS?

sí
 no

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

sí, anualmente
 sí, menos que anualmente
 no

4) ¿Incluye la definición nacional de sífilis congénita a los mortinatos?

sí
 no

• **E. Poblaciones clave (UA)**

1) ¿Cuáles de las siguientes poblaciones clave o grupos vulnerables se incluyen explícitamente en las políticas o planes nacionales sobre el VIH? (es posible seleccionar varias opciones?)

poblaciones clave adolescentes
 hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
 personas en prisiones y en otros lugares de reclusión
 usuarios de drogas inyectables
 profesionales del sexo (hombres y mujeres)
 personas transgénero

2) ¿Cuenta con estimaciones del tamaño de las siguientes poblaciones? (es posible seleccionar varias opciones)

poblaciones clave adolescentes
 hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
 personas en prisiones y en otros lugares de reclusión
 usuarios de drogas inyectables
 profesionales del sexo (hombres y mujeres)
 personas transgénero

3) Usuarios de drogas inyectables. ¿Cuáles de los siguientes componentes de un paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención relacionados con el VIH para usuarios de drogas inyectables se aplican en su país?

a) programas de agujas y jeringas
 sí

- no
 b)i. terapia de sustitución de opiáceos
 sí
 no
 b)ii. tratamiento de otras drogodependencias
 sí
 no
 c) provisión comunitaria de naloxona
 sí
 no
 d) servicios de pruebas del VIH
 sí
 no
 e) terapia antirretrovírica
 sí
 no
 f) prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)
 sí
 no
 g) programas integrales de preservativos
 sí
 no
 h) información, educación y comunicación adaptadas
 sí
 no
 i) prevención, diagnóstico, tratamiento y vacunación para la hepatitis vírica
 sí
 no
 j) prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis
 sí
 no
 h) si existen otros, especifique cuáles:
 4) Personas en prisiones y otros lugares de reclusión. ¿Cuáles de los siguientes componentes de un paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención relacionados con el VIH para poblaciones clave se aplican en su país?
 a) programas integrales de preservativos y lubricantes
 sí
 no
 b) intervenciones de reducción de daños por el uso de sustancias programas de agujas y jeringas sí, no
 terapia de sustitución de opiáceos sí, no
 naloxona sí, no
 c) intervenciones conductuales
 sí
 no

- d) servicios de pruebas del VIH
 sí
 no
- e) tratamiento y atención relacionados con el VIH
 sí
 no
- f) prevención y tratamiento de coinfecciones y comorbilidad
(hepatitis vírica, tuberculosis, salud mental)
 sí
 no
- g) intervenciones de salud sexual y reproductiva
 sí
 no
- h) si existen otros, especifique cuáles:
5) Profesionales del sexo. ¿Cuáles de los siguientes componentes de un paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención relacionados con el VIH para poblaciones clave se aplican en su país?
- a) programas integrales de preservativos y lubricantes
 sí
 no
- b) intervenciones de reducción de daños por el uso de sustancias
programas de agujas y jeringas sí, no
terapia de sustitución de opiáceos sí, no
naloxona sí, no
- c) intervenciones conductuales
 sí
 no
- d) servicios de pruebas del VIH
 sí
 no
- e) tratamiento y atención relacionados con el VIH
 sí
 no
- f) prevención y tratamiento de coinfecciones y comorbilidad
(hepatitis vírica, tuberculosis, salud mental)
 sí
 no
- g)i. tratamiento sintomático de las ITS
 sí
 no
- g)ii. detección de ITS asintomáticas
 sí
 no
- g)iii. tratamiento periódico de presuntas ITS
 sí
 no
- h) si existen otros, especifique cuáles

6) Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. ¿Cuáles de los siguientes componentes de un paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención relacionados con el VIH para poblaciones clave se aplican en su país?

a) programas integrales de preservativos y lubricantes

sí

no

b) intervenciones de reducción de daños por el uso de sustancias
programas de agujas y jeringas sí, no

terapia de sustitución de opiáceos sí, no

naloxona sí, no

c) intervenciones conductuales

sí

no

d) servicios de pruebas del VIH

sí

no

e) tratamiento y atención relacionados con el VIH

sí

no

f) profilaxis previa a la exposición

sí

no

f) prevención y tratamiento de coinfecciones y comorbilidad
(hepatitis vírica, tuberculosis, salud mental)

sí

no

g)i. tratamiento sintomático de las ITS

sí

no

g)ii. detección de ITS asintomáticas

sí

no

h) si existen otros, especifique cuáles

7) Personas transgénero. ¿Cuáles de los siguientes componentes de un paquete integral de intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención relacionados con el VIH para poblaciones clave se aplican en su país?

a) programas integrales de preservativos y lubricantes

sí

no

b) intervenciones de reducción de daños por el uso de sustancias
programas de agujas y jeringas sí, no

terapia de sustitución de opiáceos sí, no

naloxona sí, no

c) intervenciones conductuales

sí

no

d) servicios de pruebas del VIH

sí

no

e) tratamiento y atención relacionados con el VIH

sí

no

f) prevención y tratamiento de coinfecciones y comorbilidad
(hepatitis vírica, tuberculosis, salud mental)

sí

no

g) i. tratamiento sintomático de las ITS

sí

no

g) ii. detección de ITS asintomáticas

sí

no

h) si existen otros, especifique cuáles

• **Circuncisión masculina (sólo para 14 países) No es para México**

1) ¿Qué número se ha fijado como meta para la circuncisión masculina
médica voluntaria, a qué edad y en qué periodo de tiempo?

número de circuncisiones masculinas médicas voluntarias fijado como
meta _____

edad meta _____

año meta _____

2) ¿Cuál es el estado de la planificación y la supervisión operativa?
(se pueden

seleccionar varias opciones)

a) existe un plan operativo para 2016

sí

no

b) se ha realizado una revisión del desempeño anual del programa de
circuncisión masculina

sí

no

En caso afirmativo, especifique en qué año _____

c) El programa de prevención del VIH mediante la circuncisión
masculina

está vinculado o tiene un plan de trabajo con la salud para
adolescentes

sí

no

d) se ha establecido un grupo de trabajo técnico/comité sobre
circuncisión

masculina para analizar los posibles efectos adversos

sí
 no

3) ¿Qué métodos de circuncisión masculina médica recomienda o aprueba el programa nacional?

a) métodos quirúrgicos convencionales (incisión dorsal, guiada por fórceps, resección en manguito)

sí
 no

En caso afirmativo, especifique cualquier desglose por edad _____

b) dispositivo precalificado aprobado para su uso

sí
 no

En caso afirmativo, especifique cuál _____

• G. Profilaxis previa a la exposición y profilaxis posterior a la exposición (UA)

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

sí, como política nacional
 sí, como proyecto piloto
 no

En caso afirmativo, especifique para quién:

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

sí
 no

En caso afirmativo, especifique para quién: casos de violencia sexual y exposición ocupacional

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

a) adultos y adolescentes, especifique TDF/FTC + ATV+r o LPV/r

b) niños, especifique ZDV+3TC+LPV/R

4) Número de recetas (en el año de notificación): 1,856 en SALVAR

a) adultos/adolescentes 1,812

b) niños 44

5) Razones para prescribir los medicamentos (por ejemplo, laborales, no laborales, etc.):

Especifique: violencia sexual

H. Vigilancia (UA)

1) ¿Realiza el país una vigilancia centinela de las siguientes poblaciones específicas?

a) pacientes de clínicas de atención prenatal

sí
 no

En caso afirmativo, cada ____ años, en ____ número de centros y año de la última encuesta ____

b)i. profesionales del sexo

sí

no

En caso afirmativo, cada 1 años, en 76 número de centros y año de la última encuesta 2015

b)ii. usuarios de drogas inyectables

sí

no

En caso afirmativo, cada 1 años, en 76 número de centros y año de la última encuesta 2015

b)iii. hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

sí

no

En caso afirmativo, cada 1 años, en 76 número de centros y año de la última encuesta 2015

b)iv. personas transgénero

sí

no

En caso afirmativo, cada 1 años, en 76 número de centros y año de la última encuesta 2015

b)v. personas en prisiones y otros centros de reclusión

sí

no

En caso afirmativo, cada ____ años, en ____ número de centros y año de la última encuesta ____

c) otras poblaciones específicas, indique cuáles _____

sí

no

En caso afirmativo, cada ____ años, en ____ número de centros y año de la última encuesta ____

• I. Seguimiento y evaluación (UA)

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

a) existe un plan nacional de seguimiento y evaluación

sí

no

En caso afirmativo, se actualizó por última vez en el año 2013-2018

b) se ha realizado una revisión del sistema de seguimiento y evaluación

sí

no

En caso afirmativo, año de la última revisión 2015 y especifique: Modificaciones al Sistema de información en Salud (SIS); Sistema de

Monitoreo en Poblaciones Vulnerables (vigilancia centinela) y al Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR), todos de la Secretaría de Salud.

c) hay prevista una revisión del sistema de seguimiento y evaluación

sí

no

En caso afirmativo, en el año 2016 y especifique: Formato de Notificación de Casos de VIH y Sida (reporte del sector salud), Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR), que está en mejora constante, y Padrón de personas viviendo con VIH y Sida (base unificada del sector salud).

• J. Resistencia a los medicamentos del VIH (UA)

1) En los últimos dos años, ¿ha realizado el país una vigilancia de la resistencia a los medicamentos del VIH según los siguientes protocolos de la OMS?

a) encuestas sobre la resistencia a los medicamentos antes del tratamiento

sí

no

En caso afirmativo, especifique el año de inicio 2015 y el número de clínicas que participaron en la encuesta 24

b) encuestas sobre resistencia a los medicamentos adquirida en adultos

sí

no

En caso afirmativo, especifique el año de inicio , y el número de clínicas que participaron en la encuesta

c) encuestas sobre resistencia a los medicamentos adquirida en niños

sí

no

En caso afirmativo, especifique el año de inicio , y el número de clínicas que participaron en la encuesta

d) encuestas sobre resistencia a los medicamentos en niños menores de 18 meses

de edad utilizando un diagnóstico infantil precoz

sí

no

En caso afirmativo, especifique el año de inicio , y el número de clínicas que participaron en la encuesta

e) encuesta sobre el desempeño clínico utilizando indicadores de alerta temprana

de resistencia a los medicamentos para el VIH

sí

no

En caso afirmativo, especifique el año de inicio ,

y el número de clínicas que participaron en la encuesta ____

• **K. Vigilancia del seguimiento de la toxicidad (UA)**

1) Excluyendo los enfoques pasivos de farmacovigilancia ¿existe actualmente alguna iniciativa sistemática para realizar un seguimiento de la toxicidad de los antirretrovíricos en el país?

____ sí
 no

2) En caso afirmativo, ¿qué enfoques se utilizan? (es posible seleccionar varias opciones)

- ____ notificación de la toxicidad en centros centinela
- ____ vigilancia activa de cohortes establecidos para evaluar varios resultados del tratamiento
- ____ vigilancia activa de cohortes establecidos exclusivamente para realizar un seguimiento de la toxicidad
- ____ registro de embarazos
- ____ vigilancia de malformaciones congénitas
- ____ seguimiento de parejas de madre-hijo durante la lactancia

• **L. Planificación y revisión estratégica (UA)**

- Si corresponde, incluya las fechas para lo siguiente:
- 1) Análisis epidemiológico nacional y subnacional:
 - a) último análisis epidemiológico realizado: **noviembre 2015**
 - b) próximo análisis epidemiológico planificado: **diciembre 2015 (cifras definitivas)**
- 2) Análisis de deficiencias programáticas y financieras:
 - a) último análisis de deficiencias programáticas y financieras realizado: **mes y año**
 - b) próximo análisis de deficiencias programáticas y financieras planificado: **mes y año**
- ____
- 3) ¿Cuál es el estado de desarrollo del programa nacional de VIH y sida que incluye al VIH en el sector de la salud?
 - a) Existe un plan estratégico nacional para el VIH (sector de la salud)
 - sí
 - ____ no
 - válido desde el año 2013 hasta el año 2018
 - b) La revisión del programa de VIH (sector de la salud) se realizó
 - sí
 - ____ no
 - especifique el año: 2013

- c) la próxima revisión del programa de VIH (sector de la salud) está prevista
- sí
- no
- para el año: 2019
- 4) ¿Aborda la estrategia nacional del VIH (sector de la salud) lo siguiente?
- a) conseguir el acceso universal al tratamiento antirretrovírico
- sí
- no
- b) colaboración entre los servicios del VIH y otros servicios, incluida la salud reproductiva
- sí
- no
- c) fortalecimiento de los sistemas de salud
- sí
- no
- d) reducción de las desigualdades
- sí
- no

• M. Salud reproductiva e investigación (UA)

1) ¿Cuenta su país con puntos de prestación de servicios que faciliten atención y apoyo adecuado, tanto médico como psicológico, a mujeres y hombres que han sido violados o experimentado incesto, de conformidad con las recomendaciones de las directrices de la OMS de 2013 "Respondiendo a la violencia de parte de una pareja íntima y violencia sexual hacia las mujeres"?

a) apoyo de primera línea, o lo que se conoce como primeros auxilios psicológicos

sí

no

b) anticoncepción de emergencia para mujeres que acuden a los servicios en un plazo de cinco días

sí

no

c) abortos seguros si una mujer queda embarazada tras una violación, de conformidad con la legislación nacional

sí

no

d) profilaxis posterior a una exposición a ITS y VIH (en un plazo de 72 horas tras la agresión sexual) según corresponda

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 2015

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

Encuesta de situación en el 2015

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 materno-infantil (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 2015**. 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.

NOTA: Todos datos que se proporcionan en este cuestionario provienen de la Secretaría de Salud, la cual atiende a 63% de las personas en TAR en el país.

País: México
Fecha: ____/____/____
Nombre de la persona que rellenó el cuestionario: __Dr. Carlos Magis Rodríguez____
Cargo: __Director de Atención Integral
Institución: Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el Sida
Dirección de correo electrónico: __carlos.magis@gmail.com__ Teléfono: __91 50 60 56__

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

Pregunta 1.1. Número de adultos y niños en TAR a fines del 2015 { GARP 4.1}

73,846 personas en TAR de la Secretaría de Salud

Pregunta 1.2. Número de establecimientos que proporcionaban TAR a fines del 2015 {GARP 4.4 } **138 establecimientos que proporciona TAR en la Secretaría de Salud**

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 2015

| Esquemas antirretrovirales de tratamiento | Número total de adultos y adolescentes (≥ 10 años) VIH positivos por línea de tratamiento a fines de diciembre del 2015 |
|---|---|
| Primera línea ⁵ | 64,655 |
| Segunda línea ⁶ | 6,851 |
| Tercera línea | 1,340 |
| TOTAL (Compare con GARPR 4.1) | 72,846 |

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 2015, incluyendo embarazadas VIH positivas que reciben TAR.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2015.

| Lista de esquemas de TAR de 1 ^a línea administrados a adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos a fines del 2015 | Número de adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos |
|---|---|
|---|---|

⁵ 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.

⁶ 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.

| | que recibieron este esquema de TAR a fines del 2015 |
|---|--|
| 1. TENOFOVIR/EMTRICITABINA/EFAVIRENZ | 38,212 |
| 2. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + ATAZANAVIR + RITONAVIR | 6,024 |
| 3. ABACAVIR/LAMIVUDINA + EFAVIRENZ | 4,705 |
| 4. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + LOPINAVIR/RITONAVIR | 3,884 |
| 5. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + NEVIRAPINA | 2,198 |
| 6. ABACAVIR/LAMIVUDINA + ATAZANAVIR + RITONAVIR | 1,530 |
| 7. ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + LOPINAVIR/RITONAVIR | 1,234 |
| 8. ABACAVIR/LAMIVUDINA + LOPINAVIR/RITONAVIR | 974 |
| 9. ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + EFAVIRENZ | 868 |
| 10. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + SAQUINAVIR + RITONAVIR | 616 |
| 11. ABACAVIR/LAMIVUDINA + NEVIRAPINA | 523 |
| 12. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + RALTEGRAVIR | 393 |
| 13. ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + NEVIRAPINA | 390 |
| 14. ABACAVIR/LAMIVUDINA + SAQUINAVIR + RITONAVIR | 202 |
| 15. TENOFOVIR/EMTRICITABINA + DARUNAVIR + RITONAVIR | 194 |

| | |
|---|---------------|
| 16. ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + ATAZANAVIR + RITONAVIR | 189 |
| 17. Otros | 2,519 |
| TOTAL | 64,655 |

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 2015.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2015.

| Lista de Tesquemas de TAR de 2ª línea administrados a adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos a fines del 2015 | Número de adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos que recibieron este esquema a fines del 2015 |
|--|--|
| TENOFOVIR/EMTRICITABINA + ATAZANAVIR + RITONAVIR | 1,746 |
| TENOFOVIR/EMTRICITABINA + LOPINAVIR/RITONAVIR | 1,219 |
| TENOFOVIR + ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + LOPINAVIR/RITONAVIR | 593 |
| TENOFOVIR + ZIDOVUDINA + LOPINAVIR/RITONAVIR | 522 |
| ABACAVIR/LAMIVUDINA + ATAZANAVIR + RITONAVIR | 378 |
| TENOFOVIR + ZIDOVUDINA /LAMIVUDINA + ATAZANAVIR + RITONAVIR | 350 |
| ABACAVIR/LAMIVUDINA + LOPINAVIR/RITONAVIR | 289 |
| TENOFOVIR + ABACAVIR + LOPINAVIR/RITONAVIR | 250 |
| TENOFOVIR + ABACAVIR + ATAZANAVIR + RITONAVIR | 224 |
| ZIDOVUDINA/LAMIVUDINA + LOPINAVIR/RITONAVIR | 215 |
| TENOFOVIR + ZIDOVUDINA + ATAZANAVIR + RITONAVIR | 184 |
| TENOFOVIR/EMTRICITABINA + SAQUINAVIR + RITONAVIR | 140 |
| DIDANOSINA + ABACAVIR + LOPINAVIR/RITONAVIR | 127 |

| | |
|---|--------------|
| DIDANOSINA + ABACAVIR + ATAZANAVIR + RITONAVIR | 92 |
| OTROS | 522 |
| TOTAL | 6,851 |

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 2015

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2015.

| Lista de esquemas de TAR de 3.^a línea administrados adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos a fines del 2015 | Número de adultos y adolescentes ≥ 10 años VIH positivos que recibieron este esquema a fines del 2015 |
|---|--|
| ETRAVIRINA + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR + RITONAVIR | 272 |
| TENOFOVIR + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR + RITONAVIR | 145 |
| TENOFOVIR + ETRAVIRINA + RALTEGRAVIR | 80 |
| TENOFOVIR + RALTEGRAVIR + LOPINAVIR/RITONAVIR | 59 |
| ETRAVIRINA + RALTEGRAVIR + LOPINAVIR/RITONAVIR | 53 |
| TENOFOVIR + EFAVIRENZ + DARUNAVIR + RITONAVIR | 49 |
| EFAVIRENZ + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR + RITONAVIR | 47 |
| TENOFOVIR/EMTRICITABINA + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR + RITONAVIR | 47 |
| TENOFOVIR + ETRAVIRINA + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR + RITONAVIR | 33 |
| MARAVIROC + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR + RITONAVIR | 24 |
| TENOFOVIR + EFAVIRENZ + LOPINAVIR/RITONAVIR | 22 |
| TENOFOVIR + RALTEGRAVIR + ATAZANAVIR + RITONAVIR | 16 |
| TENOFOVIR + ETRAVIRINA + RALTEGRAVIR + DARUNAVIR + RITONAVIR | 14 |
| TENOFOVIR + MARAVIROC + DARUNAVIR + RITONAVIR | 14 |
| OTRO | 465 |
| TOTAL | 1,340 |

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 2015.

| Esquema | Número total de niños <10 años VIH positivos que recibían este esquema a fines de 2015 |
|----------------------|--|
| Primera línea | 764 |
| Segunda línea | 121 |
| Tercera línea | 51 |
| TOTAL | 936 |

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 2015.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2015.

| Lista de esquemas de TAR de 1.ª línea administrados a niños VIH positivos a fines del 2015 | Número de niños VIH positivos <10 años que reciben este esquema a fines del 2015 por grupo de edad | | |
|--|--|---|--|
| | # de niños < 3 años que recibían este esquema a fines del 2015 (A) | # de niños ≥3 a <10 años que recibían este esquema a fines del 2015 (B) | # de niños <10 años que recibían este esquema a fines del 2015 (A) + (B) |
| 1. Lamivudina solución + zidovudina solución + nevirapina solución | 29 | 16 | 45 |
| 2. Lamivudina solución + abacavir solución + efavirenz | 00 | 32 | 32 |
| 3. lamivudina solución + zidovudina solución + lopinavir/ ritonavir solución | 193 | 255 | 448 |
| 4. Abacavir solución + lamivudina solución + efavirenz | | 45 | 45 |
| 5. Abacavir solución + lamivudina 150 mg + lopinavir/ ritonavir 100/ 25 mg | | | 131 |
| 6. Tenofovir/ emtricitabina + efavirenz | | 47 | 47 |

| | | | |
|--|--|----|------------|
| 7. Efavirenz/ Tenofovir/ Emtricitbina | | 16 | 16 |
| TOTAL | | | 764 |

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 2015.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2015.

| Lista de esquemas de TAR de 2. ^a línea administrados a niños VIH positivos menores de 10 años a fines del 2015. | Número de niños VIH positivos <10 años que recibían este esquema a fines del 2015 |
|--|---|
| 1. Abacavir 300 mg+ Lamivudina 300 +Lopinavir/ ritonavir 100/ 25 mg | 74 |
| 2. Efavirenz/ Tenfovir/ Emtricitabina | 32 |
| 5. Tenofovir +Emtricitabina + Atazanavir + Ritonavir | 15 |
| TOTAL | 121 |

Comentario. Con la mejora de los sistemas de información y la modificación de la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH en octubre de 2015 en la cual se incorporaron las recomendaciones de la OPS/ OMS se pudo estratificar mejor las líneas de tratamiento de los niños y niñas que reciben tratamiento en la Secretaria de Salud.

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 2015.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2015.

| 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 2015 |
|---|---|
| 1. Efavirenz + Lopinavir/ ritonavir 100/ 25 +Raltegravir | 24 |

| | |
|---|-----------|
| 2. Tenofovir + Emtricitabina + Darunavir + Ritonavir | 22 |
| 3. Tenofovir +Emtricitabina +Raltegravir | 5 |
| TOTAL | 51 |

SECCIÓN 3: PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL

Pregunta 9: Número y porcentaje (%) de embarazadas que iniciaron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil y otras opciones de PTMI durante el 2015 {GARP 3.1 data}:

533 mujeres iniciaron TAR durante este embarazo en la Secretaría de Salud

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 2015.

Por favor, comenzar por los esquemas administrados al mayor número de personas a fines del 2015

| Esquemas de PTMI de la OPCIÓN A utilizados para embarazadas VIH positivas en el 2015 | Número de embarazadas VIH positivas que <u>iniciaron</u> este esquema en el 2015 |
|---|--|
| 1. No aplica | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 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 2015.

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 2015 |
|---|--|
| 1. No aplica | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 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 2015.

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 2015 |
|---|--|
| Zidovudina/ Lamivudina + Lopinavir/ ritonavir | 546 |
| Tenofovir/Emtricitabina + Lopinavir/ ritonavir | 78 |
| Tenofovir/Emtricitabina + Atazanavir/ ritonavir | 66 |
| Tenofovir/ Emtricitabina + Raltegravir | 40 |
| Abacavir/ Lamivudina + Lopinavir/ ritonavir | 24 |
| Abacavir/ Lamivudina + Efavirenz | 14 |
| Tenofovir/Emtricitabina + Nevirapina | 12 |
| Tenofovir/Emtricitabina + Darunavir/ ritonavir | 2 |
| TOTAL | 782** |

**Datos unicamente corresponden a la Secretaria de Salud, las otras instituciones que prestan atención no reportaron los esquemas

Pregunta 14. Por favor liste el numero de neonatos por cada ARV utilizado en su país para la profilaxis del VIH en neonatos nacidos de mujeres VIH positivas en el 2015.

| Antirretrovirales utilizados para la profilaxis en neonatos nacidos de mujeres VIH positivas ARV en 2015 | Número de neonatos que recibieron este esquema en el 2015 |
|---|---|
| Lamivudina solución + zidovudina solución | 586 |
| | |
| | |
| TOTAL | 586 |

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 2015: GARP

(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 2015: 155,361

Pregunta 17 Número de personas VIH positivas a las que se les realizó al menos una prueba de CD4 entre enero y diciembre del 2015: 76,595

Pregunta 18 Número de pacientes en TAR a los que se les realizó al menos una prueba de CD4 entre enero y diciembre del 2015: 72,503

Pregunta 19 Número de embarazadas VIH positivas a las que se les realizó al menos una prueba de CD4 entre enero y diciembre del 2015: X

CARGA VIRAL

Pregunta 20 Número total de pruebas de carga viral realizadas entre enero y diciembre del 2015: 157,974

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 2015: 77,096

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 2015: 72,761

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 2015: X

DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN NIÑOS MENORES DE 12 MESES

Pregunta 24 Número total de pruebas de diagnóstico temprano realizadas entre enero y diciembre del 2015: _____

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 2015: _____

Pregunta 26: Número total de laboratorios o establecimientos de salud y tipo de pruebas que realizan a fines del 2015.

| <u>Tipo de pruebas de laboratorio</u> | Número de laboratorios o establecimientos de salud donde se recogen muestras | Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba | Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba y que participan en un programa de evaluación externa de la calidad | Número de laboratorios o establecimientos de salud que requieren actividad es de mejora de la calidad en base al ejercicio de evaluación externa de la calidad | Enumere las principales actividades necesarias para mejorar la calidad |
|---|--|--|--|--|--|
| Prueba serológica de anticuerpos anti-VIH incluida la prueba rápida | 154 136 capasits y SEAs más 18 laboratorios estatales incluyend o CIENI y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y | 136 | 0 | 0 | 0 |

| <u>Tipo de pruebas de laboratorio</u> | Número de laboratorios o establecimientos de salud donde se recogen muestras | Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba | Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba y que participan en un programa de evaluación externa de la calidad | Número de laboratorios o establecimientos de salud que requieren actividades de mejora de la calidad en base al ejercicio de evaluación externa de la calidad | Enumere las principales actividades necesarias para mejorar la calidad |
|---|--|--|--|---|--|
| | Nutrición Salvador Zubirán | | | | |
| Diagnóstico temprano en niños (menores de 12 meses) (EID) | 154 136 capasits y SEAs más 18 laboratorios estatales incluyendo o CIENI y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán | 136 | 0 | 0 | 0 |
| CD4 | 154 136 capasits y SEAs más 18 | 18 laboratorios estatales incluyendo | 0 | 0 | 0 |

| <u>Tipo de pruebas de laboratorio</u> | Número de laboratorios o establecimientos de salud donde se recogen muestras | Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba | Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba y que participan en un programa de evaluación externa de la calidad | Número de laboratorios o establecimientos de salud que requieren actividad es de mejora de la calidad en base al ejercicio de evaluación externa de la calidad | Enumere las principales actividades necesarias para mejorar la calidad |
|---------------------------------------|---|--|--|--|--|
| | laboratorios estatales incluyendo CIENI y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán | CIENI y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán | | | |
| Carga viral | 154 136 capasits y SEAs más 18 laboratorios estatales incluyendo CIENI y Instituto Nacional de | 18 laboratorios estatales incluyendo CIENI y Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán | 0 | 0 | 0 |

| <u>Tipo de pruebas de laboratorio</u> | Número de laboratorios o establecimientos de salud donde se recogen muestras | Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba | Número de laboratorios o establecimientos de salud en los que se realiza esta prueba y que participan en un programa de evaluación externa de la calidad | Número de laboratorios o establecimientos de salud que requieren actividades de mejora de la calidad en base al ejercicio de evaluación externa de la calidad | Enumere las principales actividades necesarias para mejorar la calidad |
|--|--|--|--|---|--|
| | Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán | | | | |
| Pruebas de genotipificación y farmacoresistencia del VIH | 02 | 02 | 0 | 0 | 0 |
| GeneXpert (prueba de tuberculosis) | 04 | 04 | 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 2015. Elimine aquellas que su país no posea.

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos de laboratorio | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | | 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 |
|------------------------------|----------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entrenado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique que otra razón y número del equipo | Especifique razón aquí y el número de equipos | | |
| CD4 Technologies | | | | | | | | | | | | |
| • Alere Pima Analyzer | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| • Apogee Auto40 Flow | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratorios | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | | 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 |
|------------------------------|--------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique otra razón y número del equipo | Especifique razón aquí y el número de equipos | | |
| Cytometer | | | | | | | | | | | | |
| • BD FACSCalibur | 03 | 03 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 03 | 03 |
| • BD FACSCount | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| • BD FACSPresto™ Near | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratorios | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | | 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 |
|------------------------------|--------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique otra razón y número del equipo | Especifique razón aquí y el número de equipos | | |
| Patient CD4 Counter | | | | | | | | | | | | |
| • Otros Beckman Coulter | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 02 | 03 |
| • Coulter Epics | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 01 | 01 |
| • Millipore- | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratoriales | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | | 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 |
|------------------------------|----------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique otra razón y número del equipo | Especifique razón aquí y el número de equipos | | |
| Guava | | | | | | | | | | | | |
| • Partec CyFlow | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| • Partec miniPOC | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| • PointCare NOW | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| • Other | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratorios | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | 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 |
|---|--------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique otra razón y número del equipo | | |
| (PIMA) | | | | | | | | | | | |
| Virological testing Technologies | | | | | | | | | | | |
| • Abbott RealTime HIV-1 assay (A) /manual/m2000rt | | | | | | | | | | | |
| • Abbott | | | | | | | | | | | |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratorios | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | | 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 |
|---|--------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique otra razón y número del equipo | Especifique razón aquí y el número de equipos | | |
| RealTime HIV-1 assay (A) /m24/m2000rt | | | | | | | | | | | | |
| • Abbott RealTime HIV-1 assay (A) /m2000sp/m2000rt | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| • Abbott | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratorios | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | | 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 |
|--|--------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique otra razón y número del equipo | Especifique razón aquí y el número de equipos | | |
| RealTime HIV-1 Qualitative assay ^(B) /manual/m2000rt | | | | | | | | | | | | |
| • Abbott RealTime HIV-1 Qualitative assay ^(B) /m2000sp/m2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratoriales | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | | 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 |
|--|----------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique otra razón y número del equipo | Especifique razón aquí y el número de equipos | | |
| 000rt | | | | | | | | | | | | |
| • COBAS® AMPLICOR HIV-1 MONITOR Test ^(A) / Amplikor (Roche) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| • Roche Amplikor | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 00 |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos de laboratorio | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | | 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 |
|--|----------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique que otra razón y número del equipo | Especifique razón aquí y el número de equipos | | |
| HIV-1 DNA test (B) / AmpliCor | | | | | | | | | | | | |
| • COBAS® AmpliPrep/COBAS® TaqMan® HIV-1 (A) / COBAS TaqMan 48 (Roche) | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratorios | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | | 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 |
|--|--------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique otra razón y número del equipo | Especifique razón aquí y el número de equipos | | |
| • COBAS® AmpliPrep/C OBAS® TaqMan® HIV-1 ^(A) / COBAS TaqMan 96 (Roche) | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| • COBAS® AmpliPrep/C OBAS® TaqMan® | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratorios | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | | 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 |
|--|--------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique otra razón y número del equipo | Especifique razón aquí y el número de equipos | | |
| HIV-1 Qualitative (B) / COBAS TaqMan 48 (Roche) | | | | | | | | | | | | |
| • COBAS® AmpliPrep/C OBAS® TaqMan® HIV-1 Qualitative (B) / COBAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratorios | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | | 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 |
|---|--------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique otra razón y número del equipo | Especifique razón aquí y el número de equipos | | |
| TaqMan 96 (Roche) | | | | | | | | | | | | |
| • GENERIC HIV CHARGE VIRALE ^(A) / one NorDiag Arrow instrument | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| • GENERIC HIV CHARGE VIRALE ^(A) / two NorDiag | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratorios | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | | 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 |
|---|--------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique que otra razón y número del equipo | Especifique razón aquí y el número de equipos | | |
| Arrow instruments | | | | | | | | | | | | |
| • NucliSENSEasyQ® HIV-1 (A) / NucliSens miniMAG / EasyQ® (bioMerieux) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratorios | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | | 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 |
|---|--------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique que otra razón y número del equipo | Especifique razón aquí y el número de equipos | | |
|) | | | | | | | | | | | | |
| • NucliSENSEasyQ® HIV-1 (A) / NucliSens easyMAG / EasyQ® (bioMerieux) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratorios | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | | 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 |
|---|--------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Especifique otra razón y número del equipo | Especifique razón aquí y el número de equipos | | |
| • VERSANT® HIV-1 RNA 1.0 Assay (kPCR) ^(A) / VERSANT® kPCR Molecular System (Siemens) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| • Please list below other | ViroSeq HIV-1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratoriales | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | 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 |
|---|----------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Específica que otra razón y número del equipo | | |
| virological technologies found in your country but not reported above (specify..) | System v2.0 Resistant Test | | | | | | | | | | |

| <u>Tipo de prueba/equipo</u> | Número de equipos laboratorios | Número de laboratorios o establecimientos de salud (TARV o PTMI) donde están instalados los equipos de laboratorio | Número de equipos de laboratorio que no están en uso | Número de equipos de laboratorio y razón principal por la que no se usan | | | | | | 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 |
|--|--------------------------------|--|--|--|---------------|----------------------|-----------------------------------|--|---|--|--|
| | | | | Falta de reactivos (No reagents) | No instalados | Necesitan reparación | No hay personal (staff) entreñado | Retirado del servicio (Decommissioned) | Específica que otra razón y número del equipo | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| <p>(A) - Assay intended to be used for measuring levels of HIV-1 RNA (viral load)</p> <p>(B) - Assay intended for qualitative detection of HIV-1 RNA and DNA in adult and pediatric (including younger than 18 months of age: EID) patients.</p> | | | | | | | | | | | |

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+ | | | | | | |

| 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 |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 2.2 Número de embarazadas en Opción B | | | | | | |
| 2.3 Número de embarazadas en Opción A | | | | | | |
| 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 | | | | | | |

| 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 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 8. Número de pruebas de CD4 | | | | | | |
| 9. Número de pruebas de carga viral | | | | | | |
| 10. Número de pruebas de detección temprana | | | | | | |
| 11. Número de pruebas de diagnóstico temprano en niños menores de 12 meses | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ANEXO III:
Fichas técnicas de los indicadores

1.20 Tasa de incidencia del VIH

Número de nuevas infecciones por el VIH en el periodo de reporte por cada 1000 personas no infectadas

| Número de nuevas infecciones por el VIH en el periodo de reporte por cada 1000 personas no infectadas | | 2015 | | | | | | | | |
|---|--|-------------|-------------|--------------|-------|-------------|--------------|------|-------|------|
| | | Total 15-49 | Mujer 15-49 | Hombre 15-49 | 15-24 | Mujer 15-24 | Hombre 15-24 | 0-14 | 15-49 | Todo |
| Numerador: | Número de nuevas infecciones durante el periodo de reporte multiplicado por 1000 | | | | | | | | | |
| Denominador: | Número total de personas no infectadas (o persona.años expuesta) | | | | | | | | | |
| Cálculo: | Numerador/denominador | | | | | | | | | |

Qué mide: Avances para poner fin a la epidemia de sida.

Justificación: El objetivo general de la respuesta mundial al sida es reducir el número de nuevas infecciones a menos de 200.000 en 2030. Realizar un seguimiento de la tasa de nuevas infecciones a lo largo del tiempo permite medir los avances hacia esta meta. Este indicador es uno de los 10 indicadores mundiales de las Directrices consolidadas de información estratégica de la OMS.

Numerador: Número de nuevas infecciones durante el periodo de reporte multiplicado por 1000

Denominador: Número total de personas no infectadas (o persona.años expuesta)

Cálculo: Numerador/denominador

Los métodos para realizar un seguimiento de la incidencia pueden variar en función del contexto de la epidemia y normalmente se categorizan como métodos directos o indirectos. La medición directa a nivel de la población es el método preferido, aunque puede ser difícil de conseguir. Como resultado, la mayoría de los países, sino todos, dependerán de métodos indirectos o de una triangulación de ambos métodos. Entre las estrategias para medir directamente la incidencia del VIH están el seguimiento longitudinal y la repetición de pruebas en personas que no estaban infectadas por el VIH, así como estimaciones que utilizan una prueba de laboratorio para detectar infecciones que se han producido recientemente y datos clínicos en la población. El seguimiento longitudinal suele ser caro y difícil de llevar a cabo a nivel de la población. Las pruebas de laboratorio para determinar si alguien se ha infectado recientemente también plantean desafíos por sus costos y complejidad, ya que normalmente se requiere una encuesta basada en la población representativa a nivel nacional para obtener las estimaciones.

Método de medición propuesto por Onusida:

Los métodos indirectos suelen basarse en estimaciones elaboradas a partir de herramientas de elaboración de modelos matemáticos, como Spectrum o Asian Epidemic Model (AEM). Estos modelos pueden incorporar datos

sobre el VIH de encuestas, vigilancia, notificación de casos, mortalidad, programas y datos clínicos específicos para un lugar y población determinados y, en algunos casos, supuestos sobre las conductas de riesgo y la transmisión del VIH. A veces los países tendrán la posibilidad de triangular estos datos con otras fuentes para calcular las nuevas infecciones, por ejemplo, las estimaciones regulares sobre la prevalencia del VIH basadas en la población o sobre la prevalencia entre las poblaciones jóvenes expuestas recientemente al virus.

Nótese que los sistemas de vigilancia de casos que recogen las nuevas infecciones por el VIH notificadas no deberán usarse como fuente directa para calcular el número de nuevas infecciones en el año de reporte. Debido a los retrasos y a la falta de diagnósticos, es posible que los nuevos casos notificados no reflejen la tasa real de nuevas infecciones. Sin embargo, esta información resultará útil para fines de triangulación y validación, especialmente en combinación con las pruebas para detectar infecciones por el VIH que se han producido recientemente.

Frecuencia de medición:

Desglose: Sexo; grupos de edad (0-14, 15-24, 15-49 años); área geográfica

Fuente del indicador reportado por México: Onusida y Censida. Modelo Spectrum 5.41. En proceso.

Observaciones:

INDICADOR No 2.8

Agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables

| Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año | | 2015 |
|---|---|-----------|
| Num erador: | Número de jeringas distribuidas en los últimos doce meses por los programas de agujas y jeringas | 1,186,348 |
| Denom inador: | Número de usuarios de drogas inyectables en el país. | 164,157 |
| N um ero : | Número de jeringuillas distribuidas por persona que usa drogas inyectables (Pudi) por año en los programas de agujas y jeringas | 7.2 |

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

M étodo 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).

ONU SIDA :

Frecuencia de

Bienal

Medición:

Desglose:

Ninguno

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, el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (Cenadic) y los Centros de Integración Juvenil, A.C.

Metodología de

cálculo utilizada

por México:

Para el reporte del número de usuarios de drogas inyectables en el país, se volvió a utilizar la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, en particular, el cuadro de "Usuarios de 12 a 65 años que se han inyectado algún tipo de droga ilegal según sexo", el cual registra que 164,157 personas declararon haberse inyectado algún tipo de droga ilegal.

Num erador:

- SS/Censida. Jeringas distribuidas en el 2015. México, marzo 2016.

- Organismos de la Sociedad Civil con trabajo en drogas inyectables, Fátima: Institución de Beneficencia Privada, Tapuato Vive, A.C., "Programa Compañeros, A.C., Prevencasa, A.C., Acción Colectiva por los Derechos de las Minorías Sexuales, A.C., Centro de Servicios Ser, A.C., Integración Social Verter, A.C., Inspira Cambio, A.C., Red Mexicana para la Reducción de Daños, A.C. Jeringas distribuidas en el 2015. México, marzo 2016.

Fuente del

indicador

reportado por

México:

- SS/Programas Estatales en VIH, SIDA e ITS (Baja California, Chihuahua, Durango, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas). Jeringas distribuidas en el 2015. México, marzo 2016.

Denom inador

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

Observaciones: Para el 2015, se observa un incremento porcentual de 84.4% de jeringas distribuidas, en relación con el 2014. El año pasado, se distribuyeron un número menor de jeringas, principalmente las OSC y el nivel federal (Censida), esto último debido a retraso en el proceso de licitación.

INDICADOR 2.14

Prevalencia del VIH en privados de la libertad

| Prevalencia del VIH en privados de la libertad | | 2015 | | | | | |
|--|--|--------|-------------------------|---------------------------------|-------------|-----|-----|
| | | Total | Hom b r e s | M u j e r e s | Transgénero | <25 | 25+ |
| Num erador: | Núm ero de personas privadas de la libertad (prisioneros/detenidos) cuyo resultado de la prueba del VIH fue positivo | 118 | 105 | 13 | 26 | ND | ND |
| Denom inador: | Núm ero de personas privadas de la libertad (prisioneros/detenidos) que se sometió a la prueba del VIH . | 17,084 | 15,354 | 1,730 | 83 | ND | ND |
| Porcentaje: | Porcentaje de personas privadas de la libertad (prisioneros/detenidos) que vive con el VIH | 0.69% | 0.68% | 0.75% | 31.3% | ND | ND |

Notas: ND :No disponible.

Qué mide: Progresos en la reducción de prevalencia de VIH en personas privadas de la libertad

Num erador: Núm ero de personas privadas de la libertad cuyo resultado de la prueba de VIH fue positivo

Denom inador: Núm ero de personas privadas de la libertad que se realizaron la prueba de VIH

Cálculo Núm erador/ Denom inador*100

M étodo de Medición propuesto por ONU SIDA : Este indicador se calcula utilizando datos de las pruebas del VIH realizadas en prisiones y en otros centros de reclusión. Los datos de los programas de pruebas del VIH también son aceptables. Llevar a cabo encuestas puede resultar complicado, por lo que no se deberá depender de ellas. Las pruebas solo se realizarán con el consentimiento de los reclusos/detenidos. Este indicador se calcula utilizando datos de pruebas del VIH realizadas en prisiones y en otros entornos de reclusión.

Frecuencia de Medición: Anual

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

Metodología de cálculo utilizada por México : Se dispuso de dos estudios diferentes para la obtención de los datos.
1.- Estudio transversal realizado entre los meses de junio y diciembre del 2010, con el objetivo de medir infecciones transmisibles entre prisioneros de ambos sexos en 4 cárceles de la Ciudad de México. La participación en el estudio fue voluntaria, confidencial y con consentimiento informado.
2.- Encuesta mujeres transgénero de la Ciudad de México se realizó en tres estratos (definidos como subconjuntos de la población con una o más características parecidas): Sitios de reunión y encuentro (SE), Clínica de Especialidades Condesa (CEC), y Centros Penitenciarios (CP). Para los fines de este indicador se tomaron los datos de mujeres transgénero privadas de la libertad (CP). Para este estudio fue necesario estimar el num erador con base en la prevalencia contenida en el report consultado: 31.9% . Como el cálculo del num erador daba 26.477, se redondeó a 26, con lo cual la prevalencia capturada quedó en 31.3% .

Fuente del indicador reportado por México :
1. Bautista-Arredondo S, González A, Serván-Mori E, Beynon F, Juárez-Figueroa L, Conde-Glez CJ, et al. A Cross-Sectional Study of Prisoners in Mexico City Comparing Prevalence of Transmissible Infections and Chronic Diseases with That in the General Population. PLoS ONE [serie en internet] 2015 [consultado 2016 febrero 17];10:e0131718.doi:10.1371/journal.pone.0131718.
en: <http://journals.plos.org/plosone/article?it=10.1371/journal.pone.0131718>.
2.- Arantxa Colchero, Cortés MA, Sosa-Rubí S, Romero M, Bautista S, Vega H, et al. Resultados de la Encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México. Reporte Técnico. [monografía en internet]. México: INSP, 2013. [consultado 2016 febrero]. Disponible en: <http://www.inspmx.centros/evaluacion-y-encuestas/publicaciones/otras-publicaciones.html>

Observaciones: Los datos disponible de hombres, mujeres y personas transgénero no suman en el total porque provienen de fuentes diferentes. Únicamente la suma por sexos se refleja en el total.

INDICADOR 2.15
Prevalencia del VIH en personas transgénero

| Prevalencia del VIH entre transgénero | | 2015 | | | | |
|---------------------------------------|---|-------|-----|-----|----------------|-----------------|
| | | Todos | <25 | 25+ | Hom bres Trans | M u jeres Trans |
| Num erador: | Núm ero de personas transgénero cuyo resultado de la prueba de VIH fue positivo | 15 | ND | ND | ND | 15 |
| Denom inador: | Núm ero de personas transgénero que se realizaron la prueba de VIH | 86 | ND | ND | ND | 86 |
| Porcentaje: | Prevalencia del VIH entre transgénero | 17.4% | ND | ND | ND | 17.4% |

Tam año de la muestra (número de entrevistados en la encuesta) 86 mujeres transgénero no trabajadoras sexuales.

Nota ND: Datos no disponibles

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

Num erador: Núm ero de personas transgénero cuyo resultado de la prueba de VIH fue positivo

Denom inador: Núm ero de personas transgénero que se realizaron la prueba de VIH

Cálculo Num erador/ Denom inador*100

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

Frecuencia de Medición: Anual

Desglose Edad (<25, 25+): sexo (Hom bres transgénero, M u jeres transgénero y Otros)

Metodología de cálculo utilizada por México: Los datos se toman a partir de una encuesta realizada entre septiembre y noviembre del 2015, a 346 personas consideradas en transgénero en 14 ciudades de México. Se entrevistaron a dichas personas en 20 sitios de reunión. Para el denominador, se seleccionaron a aquellos que accedieron a hacerse la prueba rápida de VIH. El numerador se estimó de acuerdo a la prevalencia reportada por el estudio de referencia para personas transgénero no trabajadoras sexuales de 17.6% y se optó por un número de 15, por lo que la prevalencia que se reporta es del 17.4%.

Fuente del indicador reportado por México: 1. Bautista-Arredondo S, Colchero A, Cortés A, Sosa-Rubí S, Romero M. VI. Resultados de la encuesta a mujeres trans. En: Encuesta de seguimiento y análisis para la evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/sida. Ciudad de México: NSP, 2014:23-42.

En este mismo estudio, la prevalencia de VIH en mujeres trans trabajadoras sexuales fue del 20.5% (n=105).

Observaciones: Otra encuesta realizada en la Ciudad de México en el 2012, en 21 sitios de reunión, encontró una prevalencia del 20% en mujeres transgénero. En esta encuesta, 62% de las entrevistadas tenían como actividad principal el trabajo sexual. Fuente: Arantxa Colchero, María Alejandra Cortés, Sandra Sosa-Rubí, Martín Romero, Sergio Bautista, Nitzia López, et al. Principales resultados de la encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México.

INDICADOR No. 31
Prevención de la transmisión materno infantil

| | | |
|--|---|--------------------|
| Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que recibieron medicamentos antirretroviricos | | 2015 |
| Num erador: | Núm ero de m ujeres seropositivas que dieron a luz y recibieron m edicam entos antirretrovíricos durante los últimos 12 m eses para reducir el riesgo de transm isión m aterno infantil durante elem barazo y el parto. | 1,395 |
| Denom inador: | Núm ero estim ado de m ujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos doce m eses. | |
| Porcentaje: | Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben m edicam entos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transm isión m aterno infantil. | # p IV / 0! |

| | | |
|---|--|-------------|
| Aclaración sobre el num erador. | | 2015 |
| Num erador | | |
| 1. Inició la terapia antirretrovirica durante elem barazo actual. | | 951 |
| 2. Ya seguían la terapia antirretrovirica antes de elem barazo actual. | | 444 |
| 3. Profilaxis antirretrovirica triple para la m adre (com ponente profiláctico de Opción B de la OMS). | | 0 |
| 4. AZT para la m adre (com ponente profiláctico durante elem barazo y el parto de la Opción A de la OMS o | | 0 |
| 5. Monodosis de nevirapina, únicam ente (con o sin cola). | | 0 |
| 6. O tras (com ente: porejm pb, régimen en específico, sin categorizar, etc.). | | 0 |
| Denom inador | | |
| Núm ero estim ado de m ujeres embarazadas con VIH que dieron a luz en los últimos 12 m eses. | | |

Notas:

Qué mide Los progresos en la prevención de la transmisión materno infantil de VIH durante elem barazo y el parto mediante la provisión de m edicam entos antirretroviricos.

Num erador: Núm ero de m ujeres seropositivas que dieron a luz y recibieron m edicam entos antirretroviricos durante los últimos 12 m eses para reducir el riesgo de transm isión m aterno infantil durante elem barazo y el parto.

Denom inador: Núm ero estim ado de m ujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 m eses.

Cálculo: Num erador / Denom inador *100

INDICADOR No. 3.1 (Continuación)
Prevención de la transmisión materno-infantil

Categorías 1 y 2:

Las dos primeras opciones incluyen a las mujeres que reciben tratamiento antiretroviral de por vida (incluida la Opción B+)

- 1) Inician la terapia antiretroviral durante el embarazo actual.
- 2) Ya seguían la terapia antiretroviral antes del embarazo actual.

Aclaración:

Un régimen con compuesto por tres medicamentos para ofrecer un tratamiento antiretroviral de por vida.

1) Número de mujeres seropositivas identificadas en el periodo de notificación que iniciaron por primera vez el tratamiento antiretroviral de por vida.

2) Número de mujeres embarazadas seropositivas identificadas en el periodo de notificación que ya recibían tratamiento antiretroviral en su primera visita al centro de atención prenatal.

Si una mujer inicia el tratamiento antiretroviral de por vida durante el parto, debe contarse dentro de la categoría 1.

Si no se dispone del número de mujeres que reciben tratamiento antiretroviral en lo que respecta al momento en que comienzan el tratamiento, el número puede incluirse en la celda titulada número total de mujeres embarazadas que reciben tratamiento antiretroviral de por vida.

Categoría 3:

Profilaxis antiretroviral triple para la madre (componente profiláctico de la Opción B de la OMS durante el embarazo y el parto).

Aclaración:

Un régimen de tres medicamentos administrado como profilaxis para la PTMI que se inicia durante el embarazo o incluso en el parto con la intención de tener un hijo al final del periodo de lactancia (o en el parto si no hay lactancia).

Si una mujer recibe los tres antiretrovirales por primera vez durante el parto, deberá incluirse también dentro de esta categoría si el centro está utilizando la Opción B.

Categoría 4:

4) AZT para la madre (componente profiláctico durante el embarazo y el parto de la Opción A de la OMS).

Aclaración:

Un régimen profiláctico que utiliza AZT (u otro NRTI) y que comienza a partir de las 14 semanas o durante el parto para prevenir la transmisión del VIH.

Si una mujer recibe antiretrovirales por primera vez durante el parto, deberá incluirse también dentro de esta categoría si el centro está utilizando la Opción A.

Categoría 5:

5) Monodosis de nevirapina para la madre durante el embarazo y el parto.

Aclaración:

• La nevirapina es el único tratamiento que se puede administrar a una mujer seropositiva durante el embarazo o el parto.

No se contará con monodosis de nevirapina si:

- La nevirapina se administra como parte de la Opción A durante el embarazo, o
- Una mujer embarazada seropositiva inicia la Opción A, B o B+ durante el parto.

Ejemplos comunes:

- Monodosis de NVP para la madre únicamente al comienzo del parto.
- Monodosis de NVP + cola de AZT/3TC durante 7 días únicamente.

Categoría 5:

5) Monodosis de nevirapina para la madre durante el embarazo y el parto.

Aclaración:

• La nevirapina es el único tratamiento que se puede administrar a una mujer seropositiva durante el embarazo o el parto.

No se contará con monodosis de nevirapina si:

- La nevirapina se administra como parte de la Opción A durante el embarazo, o
- Una mujer embarazada seropositiva inicia la Opción A, B o B+ durante el parto.

El indicador debe coincidir con los valores introducidos en Spectrum o el equipo de país recibirá una notificación automatizada en la que se solicitará que de consistencia a dichos valores.

- 1) Inician la terapia antiretroviral durante el embarazo actual.
- 2) Ya seguían la terapia antiretroviral antes del embarazo actual.
- 3) Profilaxis antiretroviral triple para la madre (componente profiláctico de Opción B de la OMS durante el embarazo y el parto).
- 4) AZT para la madre (componente profiláctico durante el embarazo y el parto de la Opción A de la OMS).
- 5) Monodosis de nevirapina (sd,NVP) para la madre durante el embarazo y el parto.
- 6) Otras (normalmente limitado a los países que todavía comienzan a administrar AZT para la madre en una fase de gestación avanzada).

Spectrum

Opción B+: la terapia antiretroviral comienza durante el embarazo actual.

Opción B+: la terapia antiretroviral comenzó antes del embarazo actual.

Opción B: profilaxis triple a partir de las 14 semanas.

Opción A-AZT para la madre.

Monodosis de nevirapina.

AZT para la madre. De conformidad con las directrices de la OMS de 2006, Spectrum solicita datos sobre los regímenes utilizados previamente. Esta categoría se mantiene para describir los tratamientos administrados en años previos.

Explicación sobre el denominador:

Se pueden emplear dos métodos para calcular el denominador: un modelo de estimación, como Spectrum, utilizando el resultado del número de mujeres embarazadas que necesitan PTMI, o bien, si las estimaciones de Spectrum no están disponibles, se puede multiplicar el número de mujeres que demuestran a luz en los últimos 12 meses (que se puede obtener de las estimaciones de la oficina central de estadísticas, de la División de Población de las Naciones Unidas o de los sistemas de registros de embarazos con datos completos) por la última estimación nacional de la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas (que puede derivarse de la vigilancia censal del VIH en las clínicas de atención prenatal junto con los ajustes correspondientes relacionados con la cobertura de las encuestas de dichas clínicas).

A fin de garantizar que los datos sean comparables, cuando se realicen análisis mundiales se utilizarán los resultados de Spectrum para el denominador.

Para el numerador: registros de los programas nacionales agregados mediante herramientas de seguimiento de programas, como los registros de pacientes y los formularios de presentación de informes resumidos.

Para el denominador: modelos de estimación como Spectrum, o encuestas de vigilancia en centros de atención prenatal combinadas con datos demográficos y los ajustes correspondientes relacionados con la cobertura de las encuestas de estos centros.

Las cifras del numerador pueden suministrarse a las instituciones de salud pública que forman parte del grupo de información Sectorial en VIH, SIDA e ITS (GIE) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conasida). Debido a que, los datos reportados por la seguridad social (Imss, Esste, Pemex, Sedena y Semar), particularmente los del Imss, muestran que no se dispone de información completa sobre el número de mujeres embarazadas en TAR, se realiza la siguiente estimación: 1) asumiendo que la Secretaría de Salud (SS) cuenta con un mejor registro de este número, ya que dispone del sistema nacional SALVAR, se aplica una regla de tres donde la SS tiene registradas en dicho sistema a 782 mujeres embarazadas en TAR, con una cobertura de detección del VIH en mujeres embarazadas de población no de derechohabiente de 62.3%; la seguridad social debería tener 601 mujeres en TAR, con una cobertura de detección del VIH en mujeres embarazadas de población de derechohabiente de 47.9%.

Para el sector privado se estimaron 12 mujeres embarazadas, a partir del Registro Nacional de Casos de SIDA aplicando el porcentaje de los casos diagnosticados en este sector (0.08%).

El denominador proviene de estimaciones del modelo Spectrum.

Método de medición propuesta por ONUSIDA:

Metodología de cálculo utilizada por México:

Fuente del indicador reportado por México:
Observaciones:

Numerador: SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación/Grupo de Información Sectorial en VIH y el SIDA e ITS. Incluye información del sector público: SS, Imss, Pemex, Sedena y Semar y estimaciones del sector privado. Datos preliminares, cierre 2015.
SS/Censia. Estimaciones del sector privado.

INDICADOR No. 41
Tratamiento del VIH : terapia antirretroviral

| Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente terapia antirretroviral entre todos los adultos y niños que viven con el VIH. | | 2015 | | | |
|--|--|---------|---------|---------|------------------|
| | | Todos | Hombres | Mujeres | Sexo desconocido |
| Porcentaje: | Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente terapia antirretroviral entre todos los adultos y niños que viven con el VIH. | #P1/0! | #P1/0! | #P1/0! | NA |
| Num erador: | Número de adultos y niños que reciben tratamiento antirretroviral al final del periodo de notificación. | 117,691 | 93,565 | 24,126 | 0 |
| Denominador: | Número estimado de adultos y niños elegibles (utilizando los criterios nacionales de elegibilidad). | | | | |
| Número | Número de adultos y niños que han iniciado por primera vez el tratamiento antirretroviral durante el último año de presentación de informes. | 19,131 | 15,523 | 3,608 | 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 | Porcentaje de adultos y niños que recibe actualmente tratamiento antirretroviral de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH. El porcentaje se basa en el denominador 1. | | | | | | | | | | | |
| Num erador | Número de adultos y niños que reciben tratamiento antirretroviral al final del periodo de notificación. | 1,960 | 115,671 | 70 | 448 | 705 | 737 | 1,438 | 7,981 | 82,958 | 23,294 | 60 |
| Denominador 1 | Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH. | | | | | | | | | | | |
| Número | Número de adultos y niños que han iniciado por primera vez el tratamiento antirretroviral durante el último año de presentación de informes. | 320 | 18,811 | 63 | 127 | 85 | 45 | 544 | 2,966 | 13,284 | 2,005 | 12 |

| DESGLOSE POR SECTOR | | Público | Privado |
|---------------------|---|---------|---------|
| Num erador | Número de adultos y niños que reciben tratamiento antirretroviral al final del periodo de notificación. | 116,723 | 968 |

Notas:

Qué mide Los progresos realizados en la provisión de terapia antirretroviral a todas las personas seropositivas.

Num erador: Número de adultos y niños que reciben tratamiento antirretroviral al final del periodo de notificación.

Denominador: Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH.

Cálculo: Num erador/Denominador*100

Frecuencia de Medición: Los datos deben recopilarse de forma continuada en los centros y agruparse de forma periódica, preferentemente cada mes o trimestre. En los informes anuales se utilizarán los datos mensuales o trimestrales más recientes.

- sexo
- edad (menores de 15 años, a partir de 15 años, <1 año, 1-4 años,

- 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+)
- sector (público, privado)

Desglose: personas que iniciaron por primera vez la terapia antirretroviral durante el último año de notificación (este indicador debe obtenerse de las mismas fuentes que el número total de personas que recibe terapia antirretroviral).

El número de adultos y niños que reciben tratamiento puede obtenerse a partir de datos de los registros de tratamiento antirretroviral que mantienen los centros de salud o bien de los sistemas de gestión de suministros de medicamentos. Esta información debe recopilarse de forma continuada y agruparse mensualmente para obtener totales subnacionales y nacionales. Los datos del último año completo se utilizarán para la notificación anual.

Método de Medición propuesta por ONUSIDA:

Para el num erador: registros de tratamiento antirretroviral de los centros de salud o de sistemas de gestión de suministros de medicamentos junto con los formularios transversales correspondientes.
 Para el denominador: métodos de estimación sobre el VIH como Spectrum .

Metodología de cálculo utilizada por México:

El num erador se elaboró con información enviada por el grupo de información sectorial en VIH y SIDA (Ss, In ss, Ssste, Sem ar, Pem ex y Sedena). Las cifras de Sedena no fueron enviadas, por lo que se dejó el mismo número de personas en TAR, al cierre 2014.
 Los datos del denominador corresponden a estimaciones realizadas con el módulo Spectrum utilizando los criterios de la OMS para elegibilidad de tratamiento, a fin de poder establecer comparación internacional en el indicador.

Fuente del indicador reportado por México:

Num erador: Ss/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH y el SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Datos preliminares, cierre 2015. Incluye información del Sector público: Ss, In ss, Ssste, Pem ex, Sedena y Sem ar. Para el caso de Sedena se realizó una estimación a partir de las personas en TAR del 2014.
 Ss/Censia. Estimaciones del sector privado.
 Denominador: Onusida y Censia. Módulo Spectrum 5.41. En proceso.

Observaciones:

En la guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH 2014, sexta edición, aprobada por el Conasida, se incorporaron las directrices unificadas de la OMS para el manejo antirretroviral de las personas adultas con VIH propuestas en 2013: el ofrecimiento de la terapia antirretroviral (ARV) independientemente de los exámenes de CD4, favorecer el tratamiento (ARV) a personas con VIH con cuentas de linfocitos CD4 de <200 células/mm³, considerar como prioritario el inicio en personas con manifestaciones de enfermedad avanzada y personas con algunas coinfecciones como son Tuberculosis y Hepatitis B.

INDICADOR No. 4.2
Retención en la terapia antirretroviral 12 meses después de comenzar el tratamiento

| Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan en tratamiento 24 meses después de empezar la terapia antirretroviral en 2013 | | 2015 | | | | | | |
|--|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---|--|
| | | Total | Hombres | Mujeres | <15 | 15+ | Situación de embarazo al inicio de la terapia | Situación de lactancia al inicio de la terapia |
| Num erador: | Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretroviral a los 12 meses de haber iniciado el tratamiento. | 10,494 | 8,404 | 2,090 | 221 | 10,273 | ND | ND |
| Denominador: | Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia antirretroviral en 2014 y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el período de 12 meses, incluidos 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. | 12,350 | 9,806 | 2,544 | 274 | 12,076 | ND | ND |
| Porcentaje: | Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral | 85.0% | 85.7% | 82.2% | 80.7% | 85.1% | ND | ND |

| Información adicional | 2015 |
|------------------------|--------------|
| Seguimiento intermedio | 437 |
| Abandono de la terapia | 667 |
| Fallecimiento | 688 |
| Se desconoce | 64 |
| Total | 1,792 |

Notas: ND: No disponible.

Qué mide: Los avances realizados en el incremento de la supervivencia de adultos y niños seropositivos 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 antirretroviral en 2014 y de los que se esperaba que en el plazo de notificación alcanzaran los objetivos marcados para el período de 12 meses, incluidos 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 inician la terapia antirretroviral, deben recopilarse datos de cohorte mensuales de forma continuada para dichos pacientes. Deberán agruparse los datos de las cohortes mensuales que hayan completado por los menos 12 meses de tratamiento.

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

Facilite datos específicos de ciudades para este indicador. Se ha habilitado un espacio en la hoja donde se introducen los datos para que incluya información sobre la ciudad capital, así como sobre una o dos ciudades más que sean pertinentes desde el punto de vista epidemiológico, por ejemplo, aquellas que soporten una carga mayor del VIH o que se hayan comprometido a poner fin a la sida para 2030.

Información adicional: En el num erador deben incluirse los pacientes adultos y niños que sigan con vida y en terapia antirretroviral 12 meses después del inicio del tratamiento. Para poder realizar una interpretación con plena 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 período de notificación; 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 período. Los pacientes que hayan faltado a una o dos vistas o recogidas de medicamentos, y que hayan suspendido temporalmente el tratamiento durante los 12 meses desde el inicio del tratamiento, pero que están registrados como pacientes en tratamiento en el duodécimo mes, se incluyen en el num erador. En cambio, los pacientes que hayan fallecido, abandonado el tratamiento o que se han perdido para el seguimiento a los 12 meses del inicio del tratamiento no se incluyen en el num erador.

Método de Medición propuesta por ONUSIDA: Herramientas de seguimiento incluidas en los programas; formularios 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 12 meses que ha finalizado dentro de un número predefinido de meses desde la presentación del informe. El número predefinido de meses puede estar determinado por los requisitos de información nacional. Si el período de información es del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015, los países calcularán este indicador usando a todos los pacientes que comenzaron la terapia antirretroviral en cualquier momento durante el período de 12 meses comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013. Si el período de información va del 1 de julio de 2014 al 30 de junio de 2015, los países incluirán a los pacientes que comenzaron la terapia.

Metodología de cálculo utilizada por México: La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH el SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conasida), para el año 2015. Incluye información de: SS, Esste, Sem ar y Pem ex, que representan el 69.4% del total de personas en TAR (incluye sector público y privado).

Fuente del indicador reportado por México: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, Esste, Sem ar y Pem ex. Datos preliminares, cierre 2015.

Observaciones: Para el informe GARP 2016 sólo las instituciones: SS, Esste, Sem ar y Pem ex. Para 2015 reportaron SS, Esste, Pem ex, Sedena y Sem ar.

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

| Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan en tratamiento 24 meses después de empezar la | 2015 | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Total | Hombres | Mujeres | <15 | 15+ |
| Num erador: Número de adultos y niños que sigue con vida y recibe terapia antiretroviral a los 24 meses de haber iniciado el tratamiento en 2013. | 8,323 | 6,760 | 1,563 | 131 | 8,192 |
| Denom inador: Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia antiretroviral en 2013, o en otro período especificado, y que se esperaba que siguieran recibiendo tratamiento durante 24 meses dentro del período de notificación de 2015, o 24 meses tras el período de inicio especificado. Incluye a aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la abandonaron y los que están registrados como perdidos en el seguimiento en el mes 24. | 10,902 | 8,724 | 2,178 | 186 | 10,716 |
| Porcentaje: Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan en tratamiento 24 meses después de empezar la terapia antiretroviral en 2013. | 76.3% | 77.5% | 71.8% | 70.4% | 76.4% |

| Información adicional | 2015 |
|--------------------------|-------------|
| Seguimiento interrumpido | 640 |
| Abandono de la terapia | 1070 |
| Fallecimiento | 869 |
| Total | 2579 |

Notas:

La retención en la terapia antiretroviral, teniendo en cuenta el incumplimiento de la supervivencia y de la voluntad de los pacientes de continuar con el tratamiento. Este indicador debe elaborarse a los 12, a los 24 (como se describe aquí) y a los 60 meses de seguimiento. Estos indicadores completan la cobertura de los programas como medida de su efectividad.

Qué mide

Num erador:

Número de adultos y niños que sigue con vida y recibe terapia antiretroviral a los 24 meses de haber iniciado el tratamiento en 2013.

Denom inador:

Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia antiretroviral en 2013, o en otro período especificado, y que se esperaba que siguieran recibiendo tratamiento durante 24 meses dentro del período de notificación de 2015, o 24 meses tras el período de inicio especificado.
Incluye a aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la abandonaron y los que están registrados como perdidos en el seguimiento en el mes 24.

Cálculo:
Frecuencia de Medición:

Num erador/Denom inador*100

Anual

Desglose:

Entre quienes comenzaron la terapia (denominador), además de informar el número de los que siguen con vida y reciben tratamiento (numerador) es importante también notificar el número de aquellos a quienes se perdió en el seguimiento, abandonaron la terapia o fallecieron. Estos cuatro resultados deben ofrecer el número total de quienes comenzaron la terapia.

Si no se dispone de datos sobre la retención a los 24 meses para pacientes que comenzaron el tratamiento antiretroviral en 2013, pero sí para pacientes que lo iniciaron antes (por ejemplo, en 2012), especifique este período en el campo de comentarios (por ejemplo, empezaron la terapia antiretroviral entre mes/año y mes/año).

Información adicional:

En los países donde este indicador no se produce en todos los centros que ofrecen tratamiento antiretroviral, pero sí en un subconjunto de estos, los datos deben interpretarse como una muestra representativa. Esta cuestión se reflejará en el cuadro de comentarios.

Indique también si la retención es especialmente baja y evalúe los motivos subyacentes, analizando la distribución de quienes han fallecido, abandonaron el tratamiento o cuyo seguimiento se perdió. Si dispone de datos, realice un análisis de aquellos que se perdieron en el seguimiento para evaluar si es probable que hayan fallecido, abandonado el tratamiento o sido derivados a otros centros. Compare los cohortes.

Si este indicador se genera en un subconjunto de centros, describa cuáles la fuente de información y si es representativa de todos los centros que ofrecen tratamiento antiretroviral.

Hechos de seguimiento de los programas, registros de terapia antiretroviral y formularios de análisis de cohortes.

Método de Medición propuesta por ONUSIDA:

Realmente, se deben recopilar datos de todos los pacientes en todas las clínicas que ofrecen tratamiento antiretroviral. Donde esto no sea posible, este indicador puede generarse a partir de una muestra de pacientes de un subconjunto de clínicas que sean representativas.

Se debe dar un margen de tres meses antes de concluir que se ha perdido el seguimiento de un paciente. El cohorte analizado debe ser el de aquellos que comenzaron la terapia antiretroviral entre 27 meses (para 24 meses de retención) y 15 meses (para 12 meses de retención) antes de la fecha de inicio de la encuesta.

Metodología de cálculo utilizada por México:

La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH el SIDA e ITS (GISE) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conasida), para el año 2015: Incluye información de: SS, Esste, Sem ar y Pem ex, que representan el 69.4% del total de personas en TAR (incluye sector público).

Fuente del indicador reportado por México:

SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, Esste, Sem ar y Pem ex. Datos preliminares, cierre 2015.

Observaciones:

Para el informe GARP 2016 sólo informaron las instituciones: SS, Esste, Sem ar y Pem ex. Para 2015 reportaron SS, Esste, Pem ex, Sedena y Sem ar.

INDICADOR No. 4.2b
Retención en la terapia antirretrovírica 60 meses después de comenzar el tratamiento

| Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan en tratamiento 60 meses después de empezar la terapia antirretrovírica en 2010. | 2015 | | | | | |
|--|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Total | Hombres | Mujeres | <15 | 15+ | |
| Num erador: | Número de adultos y niños que sigue con vida y recibe terapia antirretrovírica a los 60 meses de iniciar el tratamiento en 2010. | 5,722 | 4,368 | 1,354 | 143 | 5,579 |
| Denom inador: | Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia antirretrovírica en 2010, o en otro período especificado, y que se esperaba que siguieran recibiendo tratamiento durante 60 meses dentro del período de notificación de 2015, o 60 meses tras el período de inicio especificado. Incluye a aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos en el seguimiento en el mes 60. | 9,028 | 6,870 | 2,158 | 202 | 8,826 |
| Porcentaje : | Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan en tratamiento 60 meses después de empezar la terapia antirretrovírica en 2010. | 63.4% | 63.6% | 62.7% | 70.8% | 63.2% |

| Información adicional | |
|---------------------------|--------------|
| Seguimiento interrum pido | 850 |
| Abandono de la terapia | 1,297 |
| Fallecimiento | 1,159 |
| Total | 3,306 |

Notas:

Qué mide Retención en la terapia antirretrovírica, teniendo en cuenta el incremento de la supervivencia y de la voluntad de los pacientes de continuar con el tratamiento. Este indicador debe elaborarse a los 12, a los 24 y a los 60 meses (como se describe aquí) de seguimiento. Estos indicadores completan la cobertura de los programas como medida de su efectividad.

Num erador: Número de adultos y niños que sigue con vida y recibe terapia antirretrovírica a los 60 meses de iniciar el tratamiento en 2010.

Denom inador: Número total de adultos y niños que iniciaron la terapia antirretrovírica en 2010, o en otro período especificado, y que se esperaba que siguieran recibiendo tratamiento durante 60 meses dentro del período de notificación de 2015, o 60 meses tras el período de inicio especificado.

Incluye a aquellos que han fallecido desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron y los que están registrados como perdidos en el seguimiento en el mes 60.

Cálculo: Num erador/Denom inador*100

Frecuencia de Medición: Anual

Entre quienes comenzaron la terapia (denominador), además de informar del número de los que siguen con vida y reciben tratamiento (numerador) es importante también notificar el número de aquellos a quienes se perdió en el seguimiento, abandonaron la terapia o fallecieron. Estos cuatro resultados deben ofrecer el número total de quienes comenzaron la terapia.

Desglose: Al generar información en los centros, se incluirán en las estadísticas los pacientes que fueron transferidos a estos para recibir tratamiento y excluirse a los que fueron derivados a otros centros. Si esta información es nacional, se notificarán las estadísticas para el análisis de los 12 meses.

En los países donde este indicador no se produzca en todos los centros que ofrecen tratamiento antirretrovírico, pero sí en un subconjunto de estos, los datos deben interpretarse como una muestra representativa. Esta cuestión se reflejará en el cuadro de comentarios.

Indique también si la retención es especialmente baja y evalúe los motivos subyacentes, analizando la distribución de quienes han fallecido, abandonaron el tratamiento o cuyo seguimiento se perdió. Si dispone de datos, realice un análisis de aquellos que se perdieron en el seguimiento para evaluar si es probable que hayan fallecido, abandonado el tratamiento o sido derivados a otros centros. Compare los cohortes.

Si este indicador se genera en un subconjunto de centros, describa cuáles la fuente de información y si es representativa de todos los centros que ofrecen tratamiento antirretrovírico.

Metodología de cálculo utilizada por México: La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH e ITS (GITS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida), para el año 2015. Incluye información de: SS, Ssste, Sem ar y Pem ex, que representan el 69.4% del total de personas en TAR (incluye sector público).

Fuente del indicador reportado por México: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, Ssste, Sem ar y Pem ex. Datos preliminares, cierre 2015.

Observaciones: Para el informe GARP 2016 sólo informaron las instituciones: SS, Ssste, Sem ar y Pem ex. Para 2015 reportaron SS, Ssste, Pem ex, Sedena y Sem ar.

INDICADOR No. 4.3
Cobertura de la atención para el VIH

| Porcentaje de personas que reciben actualmente atención para el VIH | Evaluación clínica | Conteo de CD4 | Carga Viral | Actualmente reciben TAR |
|---|---|---------------|-------------|-------------------------|
| Porcentaje: | Porcentaje de personas que reciben actualmente atención para el VIH (enem-dicim-bis) 2015. | # pIV/0! | # pIV/0! | # pIV/0! |
| Num erador: | Número de personas registradas en la atención para el VIH en 2015, calculado tras recibir, al menos, uno de los siguientes elementos: evaluación clínica (estadificación de la OMS); recuento de CD4; carga viral; terapia antiretroviral administrada actualmente. | 123,639 | 103,214 | 103,090 |
| Denominador: | Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH. | | | |

Total de adultos y niños que recibieron atención del VIH en el 2015, por sexo y edad.

| Total de adultos y niños que recibieron atención del VIH en el 2015 | Total | Hombres | Mujeres | Sexo desconocido | <5 años | 5 a 14 años | 15 años o más | Edad desconocida | Recibieron por primera vez atención en el año de notificación |
|---|-------|---------|---------|------------------|---------|-------------|---------------|------------------|---|
| | | 123,639 | 98,086 | 25,551 | 2 | 684 | 1,483 | 121,420 | 52 |

Desglosado por grupos de edad

| Desglosado por grupo de edad | < 1 año | 1 a 9 años | 10 a 14 años | 15-19 años | 20 a 49 años | 50 años y más | Edad desconocida |
|------------------------------|---------|------------|--------------|------------|--------------|---------------|------------------|
| | | 140 | 1,261 | 766 | 1,740 | 96,209 | 23,471 |

Notas: ND: No disponible.
 NS: No solicitado.

La proporción de personas seropositivas que reciben atención para el VIH, tanto tratadas como no tratadas, es un indicador importante. Se puede realizar un seguimiento de las tendencias en el tiempo para evaluar los avances en el aumento del porcentaje de personas que reciben atención.

Qué mide

Revisar el número de personas que reciben atención para el VIH dentro de quienes han recibido un diagnóstico seropositivo también puede resultar útil.

Número de personas registradas en la atención para el VIH en 2015, calculado tras recibir, al menos, uno de los siguientes elementos:

- Num erador:**
- evaluación clínica (estadificación de la OMS)
 - recuento de CD4
 - carga viral
 - terapia antiretroviral administrada actualmente

Denominador: Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH.

Cálculo: Num erador/Denominador*100

Frecuencia de Medición: Anual

Desglose:

- sexo
- edad (<5, 5-14, 15+); categorías adicionales en lugares donde se necesita y sea fácil incorporar información más detallada sobre la edad (por ejemplo, sistema electrónico <1, 1-9, 10-14, 15-19, 20-49, 50+)
- modo de transmisión (solo para la región europea)
- personas que recibieron atención por primera vez en el año de notificación

Método de Medición propuesta por ONUSIDA: Para el num erador: registros de programas (por ejemplo, registros previos a la terapia antiretroviral y de terapia antiretroviral), registros de visitas.

Para el denominador: estimaciones para la elaboración de modelos consistentes a nivel internacional (Spectrum AM).

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 y el SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conasida), para el año 2015.

Fuentes del indicador reportado por México: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, IMSS, ESSTE, Pemex y Semar, que representan 98.7% del total de personas en TAR. Datos preliminares 2015.

Observaciones: Para Sedena se realizó una estimación a partir de las personas en TAR del 2014 y para el sector privado una proyección 2015, ambos solo para el rubro de TAR, en los demás no se incluyen.

INDICADOR No. 4.4

Desabastecimientos de medicamentos antirretroviricos

| Porcentaje de centros donde se produjeron desabastecimientos de medicamentos antirretroviricos. | | 2015 | | | | |
|---|--|-------|-------------|----------|------------|-----------|
| | | Total | Comunitario | Primario | Secundario | Terciario |
| Num erador: | Número de centros de salud que dispensan medicamentos antirretroviricos y sufrieron en los últimos 12 meses desabastecimientos de uno o más fármacos necesarios. | 41 | - | ND | ND | ND |
| Denom inador: | Número total de centros de salud que dispensan medicamentos antirretroviricos. | 410 | - | ND | ND | ND |
| Porcentaje: | Porcentaje de centros donde se produjeron desabastecimientos de medicamentos antirretroviricos. | 10.0% | | ND | ND | ND |

Notas: ND: No disponible.
El desempeño del sistema de la cadena de suministros.

Qué mide Al nivel de los centros, mide su capacidad de mantener el suministro de medicamentos antirretroviricos y de evitar interrupciones del tratamiento.

Como un indicador de alerta anticipada (EW I) de resistencia a los medicamentos del VIH: la meta es del 10% (es decir, todos los centros cuentan con provisiones continuas de antirretroviricos).

Num erador: Número de centros de salud que dispensan medicamentos antirretroviricos y sufrieron en los últimos 12 meses desabastecimientos de uno o más fármacos necesarios.

Denom inador: Número total de centros de salud que dispensan medicamentos antirretroviricos.

Cálculo: Num erador/Denom inador*100

Frecuencia de Medición: Anual

Desglose:

- A nivel del centro [comunitario, primario, secundario, terciario]
- Ubicación [por ejemplo, región, distrito]
- Tipo de centro [por ejemplo, clínica general, de atención a maternidad, de tuberculosis]
- Tipo de medicamento

Esta información se obtiene a partir de los informes de control de inventarios de los centros de salud o de los formularios de pedidos de antirretroviricos. Estos formularios ofrecen detalles sobre los pacientes tratados con antirretroviricos, datos sobre su consumo, e información sobre los suministros disponibles y los desabastecimientos, si es el caso. Se necesitan las siguientes herramientas para construir este indicador:

- Informes de control de inventarios de existencias de los centros de salud, en los que se indique el nivel de provisiones de cada elemento registrado.
- Formularios de pedidos de antirretroviricos que los centros han enviado durante un periodo de tiempo determinado (por ejemplo, el último pedido, el último trimestre o el último año).
- Lista de antirretroviricos que cada centro prevé dispensar, sino están incluidos en los informes de control de inventarios ni en los formularios de pedidos.

Método de Medición propuesta por Estos documentos son válidos cuando el sistema de información sobre la gestión logística nacional funciona correctamente. De no ser así, se pueden utilizar encuestas de los centros de salud, como la evaluación de la provisión de servicios o la localización de la disponibilidad de servicios, siempre que incluyan preguntas sobre los desabastecimientos de antirretroviricos.

ONUSDA: Si existe un LIMS con detalles sobre la disponibilidad de antirretroviricos en los centros de salud, se utilizará esta información para construir el indicador. De forma alternativa, los datos se pueden obtener mediante una encuesta o visitas al centro.

Si los medicamentos antirretroviricos solo se ofrecen en un número limitado de centros de salud, deberán incluirse todos en la encuesta o en las visitas a los centros. Por el contrario, si el número es elevado, puede que sea necesario seleccionar una muestra representativa. La lista completa estará disponible a nivel nacional.

Al seleccionar la muestra, es importante garantizar que se incluyan centros en distintos niveles, por ejemplo, a nivel central, de periferia y de distrito. En los países donde los antirretroviricos se dispensen en farmacias o en lugares distintos de los centros de salud, también se hará un seguimiento de los desabastecimientos en dichas instalaciones, si bien la viabilidad dependerá de la cobertura del LIMS.

El indicador de alerta anticipada de resistencia a los medicamentos para el VIH sobre los desabastecimientos de estos fármacos supervisa el porcentaje de meses sin desabastecimientos a lo largo del año de notificación. Dicho porcentaje puede medirse en los centros y sumarse para conseguir una estimación nacional.

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

Fuente del indicador reportado por Méjico: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, Inss, Ssste, Pemex y Semar, las cuales constituyen el 98.7% del total de personas en TAR. Datos 2015. La Sedena no reportó datos.

Observaciones: El Inss reportó por primera vez este indicador. Principalmente, por esta razón, aumentó ligeramente el desabasto respecto de 2014, tanto en términos absolutos como relativos. Las unidades que reportaron desabasto fueron el Inss y el Ssste: 26 y 15 unidades, respectivamente.

INDICADOR No. 4.6
Supresión de carga viral

4.6. Porcentaje de adultos y niños que reciben tratamiento antirretroviral que tuvieron supresión viral en el periodo de referencia (2015)

| Registraron supresión de ≤ 1.000 copias/ml | Total | Hombres | Mujeres | Sexo desconocido | <15 | 15+ | TOTAL | 15 a 49 años | < de 1 año | 1 a 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: Adultos y niños que reciben TAR, con supresión viral en el periodo del 2015. | 82.8% | 83.4% | 80.8% | NA | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND |
| Número: Número de adultos y niños que reciben 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) | 61,809 | 48,517 | 13,292 | NA | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND |
| Denominador: Número total de adultos y niños que actualmente reciben TAR. | 74,623 | 58,172 | 16,451 | NA | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND |
| Registraron supresión de ≤ 50 copias/ml | Total | Hombres | Mujeres | Sexo desconocido | <15 | 15+ | TOTAL | 15 a 49 años | < de 1 año | 1 a 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: de adultos y niños que reciben TAR, con supresión viral en el periodo del 2015. | 72.6% | 73.2% | 70.5% | NA | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND |
| Número: Número de adultos y niños que reciben TAR a las que se les realizó la prueba de la carga viral en el periodo de notificación que registraron supresión NO DETECTABLE (<50 copias/ml) | 54,160 | 42,557 | 11,603 | NA | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND |
| Denominador: Número de adultos y niños que actualmente reciben TAR. | 74,623 | 58,172 | 16,451 | NA | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND |

Notas: ND: No disponible

Qué mide Número de adultos y niños en seguimiento de la atención de la infección por el VIH por parte de los servicios de salud durante el periodo de notificación. Las personas que están recibiendo atención incluyen aquellas que acudieron a los servicios de atención de la infección por el VIH al menos una vez durante el año de notificación.

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

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

Cálculo: Número de adultos y niños / Denominador * 100

Frecuencia de Medición: Anual

Desglose: Por sexo: masculino, femenino, Por grupo de edad: mayores o menores de 15 años

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 final del año no indica el número de personas nuevas que se registraron en la atención de la infección por el VIH, específicamente debido a que las pérdidas en la cascada del proceso continuo de la atención de la infección por el VIH pueden ser elevadas con un síndrome de desgaste importante y pérdidas de seguimiento. Por lo tanto, este indicador capta el número de pacientes 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.

Método de Medición propuesta por ONUSIDA: 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. Notificación doble: Si los pacientes son trasladados y esto no se registra correctamente, o si los pacientes están siendo seguidos en distintos centros de atención de la infección por el VIH y no están correctamente identificados, hay un riesgo de notificación doble que podría conducir a una sobreestimación de pacientes que iniciaron el tratamiento. Si este fuera el caso, por favor indicar los. De igual manera, si hay pacientes que dejan de recibir el tratamiento antirretroviral, al reanudar, se codifican como pacientes nuevos, se sobreestima así el número real de pacientes nuevos que comienzan el tratamiento. Representatividad nacional: El número de indicadores nacional acumulativo, producción general en todo los establecimientos de salud. Si vase hacer observaciones sobre sus datos según sea necesario. Opciones de triangulación: Información de familia, a fin de comparar el número de personas que están recibiendo la prueba, el número de pacientes en el registro de la familia y el número en el registro del tratamiento antirretroviral.

Metodología de cálculo utilizada por México: La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH, el SIDA y ITS (GISE) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conasida). Se incluyó información del sector público: SS, Semary Pemex, que representan el 64.3% del total de personas en TAR (incluye sector público).

Fuente del indicador reportado por México: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH, el SIDA y ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, Semary Pemex. Datos preliminares, cierre 2015.

Observaciones: El Inss, Esste y Sedena no reportaron información.

INDICADOR 4.7
Muertes relacionadas con el sida

| Número total de personas que murieron de enfermedades relacionadas con el sida. | 2013 | | | |
|---|---------------|-------|---------|---------|
| | Grupo de edad | Total | Hombres | Mujeres |
| Todas las edades | 4,965 | 4,088 | 875 | 2 |
| < 5 años | 41 | 20 | 21 | 0 |
| 5 - 14 años | 20 | 10 | 10 | 0 |
| 15 + años | 4,904 | 4,058 | 844 | 2 |

| Región | Total | Hombres | Mujeres | Indefinido | Hombres <5 años | Hombres 5-14 años | Hombres 15 + años | Mujeres < 5 años | Mujeres 5-14 años | Mujeres 15 + años | Indefinido 15 + años |
|---|--------------|--------------|------------|------------|-----------------|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|----------------------|
| Noroeste (Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Sinaloa y Sonora) | 664 | 543 | 119 | 2 | 5 | 3 | 535 | 3 | 1 | 115 | 2 |
| Noreste (Coahuila, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí y Tamaulipas) | 591 | 474 | 117 | 0 | 1 | 0 | 473 | 1 | 2 | 114 | 0 |
| Centro (Ciudad de México, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Puebla y Tlaxcala) | 1,376 | 1,168 | 208 | 0 | 2 | 2 | 1164 | 4 | 1 | 203 | 0 |
| Occidental (Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Querétaro y Zacatecas) | 694 | 588 | 106 | 0 | 5 | 1 | 582 | 3 | 1 | 102 | 0 |
| Sureste (Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, y Yucatán) | 1,640 | 1,315 | 325 | 0 | 7 | 4 | 1304 | 10 | 5 | 310 | 0 |
| Total | 4,965 | 4,088 | 875 | 2 | 20 | 10 | 4,058 | 21 | 10 | 844 | 2 |

Notas:

Qué mide Repercusión de los programas de prevención, atención y tratamiento relacionados con el VIH.

Numerador: Número de muertes relacionadas con el sida

Denominador: NC

Cálculo NC

¿Cómo se mide?: Los datos de mortalidad relacionada con el sida pueden obtenerse por diversos medios, por ejemplo, mediante un sistema de registro vital, como parte de una encuesta realizada en un centro o basada en la población que puede incluir la autopsia verbal, o mediante la elaboración de modelos matemáticos utilizando herramientas como Spectrum.

Método de

Medición propuesta por ONUSIDA: **Herramientas de medición:** para la elaboración de modelos normalmente utilizan datos demográficos, la prevalencia del VIH a partir de encuestas y vigilancia para calcular el número de personas que fallecen. En algunos casos, también pueden incorporarse en estos modelos datos de los sistemas de registro vital y estimaciones de notificaciones insuficientes y clasificaciones erróneas a fin de derivar las estimaciones sobre el número de muertes relacionadas con sida.

Frecuencia de Medición: Anual

Desglose: Sexo
Edad (>5, 5-14, 15 + años)
Área geográfica

No se incluyen extranjeros en tránsito por México. La información se desglosa por sexo, edad quinquenal y región geográfica. Las regiones geográficas son cinco y cada una engloba las siguientes entidades federativas de residencia:

Metodología de cálculo utilizada por México:

Región Noroeste: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Sinaloa y Sonora.
Región Noreste: Coahuila, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí y Tamaulipas.
Región Centro: Ciudad de México, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Puebla y Tlaxcala.
Región Occidente: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Querétaro y Zacatecas.
Región Sureste: Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, y Yucatán.

Fuente del indicador reportado por México: SS/DGIS. Registros de Mortalidad 2013. Datos 2013. Consulta 1 de abril del 2016.

Observaciones: De acuerdo a las tasas de mortalidad del 2013, la región sureste (que abarca las entidades federativas de Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, y Yucatán) ocupa el primer lugar en tasa de mortalidad por VIH, con una tasa de 6.9 defunciones por VIH por cada 100 mil habitantes.

INDICADOR No. 11.1.

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

| 2015 | | | | | | |
|---------------------|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | 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. | 2,120 | 1,726 | 394 | 33 | 2,087 |
| 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. | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |

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
- 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 propuesta por ONUSIDA:** Registros e informes de los centros acerca de la terapia antiretroviral; herramientas de seguimiento incluidas en los programas. 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 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, Inss, Issste, Semar y Pemex que representan 99.5% del total de personas en TAR (incluye sector público y privado).
- Fuente del indicador reportado por México:** Num erador: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público: SS, Inss, Issste, Semar y Pemex, que representan el 99.5% de las personas en TAR. Datos preliminares, cierre 2015.
- Observaciones:** La Sedena no reportó información. El Inss reportó la mayor cantidad de personas en tratamiento para amebiasis (1,230), seguido de la Secretaría de Salud (866).

INDICADOR No. 11.2

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

| 2015 | | |
|---|--|--------|
| Personas seropositivas incorporado por primera vez en la atención para VIH y se les detectó tuberculosis activa | | Total |
| 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 diagnosticó tuberculosis activa durante el período de notificación 2015. | 572 |
| Denom inador: | 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. | 19,047 |
| 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 | 3.0% |

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.

Denom inador: 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/Denom inador

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).

Método de Medición propuesta por ONUSIDA: 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. Denom inador: 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.

Metodología de cálculo utilizada por México: La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH el SIDA e ITS (GIS) del Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conasida). Se incluye información de: SS, IMSS, ISSSTE, Pemex y Sem ar que representan 99.5% del total de personas en TAR (incluye sector público y privado).

Fuente del indicador reportado por México: Num erador: SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH el SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información del sector público y privado: SS, IMSS, ISSSTE, Sem ar y Pem ex. Datos preliminares, cierre 2015.

Observaciones: La Sedena no reportó información.

INDICADOR No. 11.3

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

| Número de pacientes que comenzaron el tratamiento para la infección por tuberculosis latente, expresado como el porcentaje del número total de personas que se registraron por primera vez en la atención para el VIH durante el período de notificación. | | 2015 |
|---|--|--------|
| Numerador: | Número total de personas seropositivas que se registraron por primera vez en la atención para el VIH e iniciaron el tratamiento para la infección por tuberculosis latente durante el período de notificación. | 3,696 |
| Denominador: | Número total de personas que se registraron por primera vez en la atención para el VIH, es decir, quienes comenzaron la terapia antiretroviral o el tratamiento previo a esta durante el período de notificación. <i>El denominador debe ser el mismo que el denominador del indicador 11.2</i> | 19,047 |
| Proporción: | Proporción de personas seropositivas registradas por primera vez en la atención para el VIH que iniciaron la terapia preventiva para la tuberculosis | 19.4% |

Notas:

| | |
|---|---|
| Qué mide | En qué medida las personas seropositivas registradas por primera vez en la atención para el VIH comienzan el tratamiento para la infección por tuberculosis latente. |
| Numerador | Número total de personas seropositivas que se registraron por primera vez en la atención para el VIH e iniciaron el tratamiento para la infección por tuberculosis latente durante el período de notificación. |
| Denominador | Número total de personas que se registraron por primera vez en la atención para el VIH, es decir, quienes comenzaron la terapia antiretroviral o el tratamiento previo a esta durante el período de notificación. <i>El denominador debe ser el mismo que el denominador del indicador 11.2</i> |
| Cálculo: | Numerador/Denominador |
| Frecuencia de Medición: | Los datos deben registrarse cada día y comunicarse cada tres meses a nivel nacional o subnacional. Anualmente, se consolidarán y se notificarán a la OMS. |
| Desglose: | Ninguno. |
| Método de Medición propuesta por ONUSIDA: | Todas las personas elegibles deben iniciar el tratamiento para prevenir la tuberculosis y la fecha de inicio se registrará en la tarjeta de atención para el VIH/tratamiento antiretroviral (sección de visitas). En los registros de terapia antiretroviral y de tratamiento previo a esta se incluirá a todos aquellos que acepten seguir el tratamiento y reciban al menos la primera dosis (columna de meses/año de inicio de isoniazida). Numerador: recuento del número total de personas seropositivas que se registraron por primera vez en la atención para el VIH durante el período de notificación e iniciaron el tratamiento para la infección por tuberculosis latente, es decir, quienes recibieron al menos una dosis de fármacos antituberculosos con o sin isoniazida. Denominador: recuento del número total de personas seropositivas que se registraron por primera vez en la terapia previa al tratamiento antiretroviral más quienes iniciaron el tratamiento antiretroviral durante el período de notificación. |
| Metodología de cálculo utilizada por Méjico: | Además de lo anterior, para que la planificación y la gestión de los fármacos sea más precisa es necesario recopilar información más detallada. Se puede utilizar un registro farmacéutico a fin de documentar las visitas de los pacientes y la retirada de medicamentos. De forma alternativa, los centros que ofrecen tratamiento antiretroviral pueden mantener un registro del tratamiento de la infección por tuberculosis latente paralelo al de terapia antiretroviral, aportando así información valiosa sobre el número de pacientes nuevos y habituales que reciben tratamiento para la infección por tuberculosis latente, así como índices de finalización del tratamiento y de eventos adversos. |
| Fuente del indicador reportado por Méjico: | La información fue solicitada a las instituciones del sector salud público que forman parte del Grupo de Información Sectorial en VIH del 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, Inss, Issste, Semary Pemex, que representan el 99.5% de las personas en TAR. |
| Observaciones: | SS/Conasida. Grupo de Información Sectorial en VIH del SIDA e ITS. Comité de Monitoreo y Evaluación. Incluye información de: SS, Inss, Issste, Semary Pemex. Datos 2015. La Sedena no reportó información. |

Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal positivas para 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 |
| Numerador: | Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal con un resultado positivo en la prueba de detección de la sífilis. | 2,068 | ND | ND |
| Denominador: | Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de la sífilis. | 1,030,297 | ND | ND |
| Porcentaje: | Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis. | 0.20% | ND | ND |

Notas: ND :N o disponible .

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

Numerador: Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal con un resultado positivo en la prueba de detección de la sífilis.

Denominador: Número de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de la sífilis.

Cálculo Numerador / Denominador *100

¿Cómo se mide?: 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.

Método de Medición propuesto por ONUSIDA: 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 recogerse anualmente.

Herramientas de medición: Los registros de los programas nacionales consolidados a partir de los datos de los establecimientos de salud, vigilancia centinela o encuestas especiales, pueden utilizarse pruebas serológicas para detectar anticuerpos reaginicos y treponémicos. Sírvase especificar en la sección de observaciones la fuente y la cobertura de los datos (por ejemplo, vigilancia centinela de todas las mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal en 2 de 10 provincias), así como el tipo de prueba que generalmente se utiliza en su país (por ejemplo, pruebas no treponémicas como VDRL o RPR, pruebas treponémicas como las pruebas rápidas o TPPA, pacientes positivas para ambas, o indicar que se desconoce la prueba que se utilizó).

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 de la Secretaría de Salud, correspondiente a los sistemas de información sobre insumos y servicios otorgados. Tanto para el numerador como para el denominador se consideran las detecciones de sífilis realizadas en mujeres embarazadas.

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.

Fuente del indicador reportado por México: SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares 2015. Consulta 11 de enero del 2016.

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 rápidas.

INDICADOR 11.11

Número de casos reportados de sífilis congénita (nacidos vivos y muertes fetal) en los últimos 12 meses

| Porcentaje de casos de sífilis congénita registrados (nacimientos y mortinatos) | | 2015 | |
|--|--|------|-----------|
| Número de casos con sífilis congénita notificados (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses | Sífilis congénita Mortinatos | ND | |
| | Sífilis congénita Nacidos vivos | 129 | |
| | Total | 129 | |
| Denominador | Número de nacidos vivos | | 2,225,557 |
| 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: NO :No disponible.

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

Número de: 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: $\text{Número de} / \text{Denominador} * 1000$

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 largo del tiempo pueden ser útiles.

Frecuencia de Medición: Anual

Desglose: Ninguno

En el 2015 (cifras preliminares), el país reporta casos nuevos de sífilis congénita por sexo y entidad federativa. Es importante mencionar que, las cifras preliminares de casos nuevos del sistema de vigilancia epidemiológica de 5 años atrás, generalmente han sido superiores a las definitivas de cada año. Al cierre 2014, se reportaron 91 casos de sífilis congénita (cifras definitivas).

Metodología de cálculo utilizada: El dato 2015 para mortinatos no está disponible.

por México: Por lo anterior, se espera que las cifras definitivas de sífilis congénita 2015 sean menores.

En el denominador se incluye a las proyecciones de nacidos vivos en México. Cabe mencionar que la UNPD disponía de las proyecciones de población para México para el año 2015; pero, se decidió tomar las proyecciones del país como se hizo el año pasado (Datos 2014).

SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana-52:2015. Datos preliminares.

Fuente del indicador reportado por México: SS/DGE. SNAVE. Sistema de Notificación Semanal 2014. Datos definitivos.

SS/DGE. Sistema Informativo de Nacimientos (SINAC). Nacidos vivos por condición de no derechohabiente según entidad de residencia, 2015.

Observaciones:

| INDICADOR 11.13 | | | | |
|--|---|------------|------------|------------|
| Número de adultos reportados con úlceras genitales en los últimos 12 meses | | | | |
| Número de adultos con enfermedad de úlcera genital en los últimos 12 meses | | 2015 | | |
| Numerador | Número de adultos notificados con enfermedad de úlcera genital durante el periodo de notificación | Total | Hombres | Mujeres |
| | | | 7,930 | 4,263 |
| Denominador | Número de personas mayores de 15 años de edad | 87,559,121 | 41,951,964 | 45,607,157 |
| 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 | 9.06 | 10.16 | 8.04 |

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 ONUSIDA: La enfermedad de la úlcera genital 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. 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 chancro blando.

Metodología de cálculo utilizada por México: Se reportan los casos nuevos de sífilis adquirida, herpes genital y chancro blando en el 2015 (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 2014, a los casos nuevos de sífilis adquirida, herpes genital y chancro blando en hombres y mujeres, cifras preliminares 2015. 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, las proyecciones de la población mayor de 15 años de edad, según la UNPD. Sin embargo, se utilizaron las proyecciones de las personas de 15 años o más del país.

Se comenta que las proyecciones de población de la UNPD estaban disponibles; pero, las que se utilizaron fueron las proyecciones de poblaciones del país del 2015, como se hizo en el año 2014; con la finalidad de poder comparar la variación de la tasa de un año a otro.

SS/DGE. Boletín Epidemiológico, Semana-52:2015. Datos preliminares.

Fuente del indicador reportado por México: SS/DGE. SNAVE, Sistema de Notificación Semanal 2014. Datos definitivos.

SG/CONAPO Proyecciones de la Población de México, 1990-2030. Tomada de la página electrónica: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/> (consultada el 7 de marzo del 2016).

Observaciones: