



INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS

México 2010

Periodo reportado: Enero 2008-Diciembre 2009

Fecha del informe: 31 marzo 2010

(Versión Definitiva)

Secretaría de Salud

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

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

**LISTA DE AGRADECIMIENTOS A PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN
DEL INFORME UNGASS-SIDA 2010**

GOBIERNO FEDERAL		
Nombre	Cargo	Organismo
Dr. José Antonio Izazola Licea	Director General	CENSIIDA
Dr. Carlos Magis Rodríguez	Director de Investigación Operativa	CENSIIDA
Dr. Emilio Herrera Basto	Director de Atención Integral	CENSIIDA
Dr. Carlos Nicolás García de León Moreno	Director de Prevención y Participación Social	CENSIIDA
Mtra. María del Pilar Rivera Reyes	Subdirectora de Monitoreo de Indicadores/ Dirección de Investigación Operativa y Coordinadora General para la Elaboración de Informe UNGASS-SIDA 2010	CENSIIDA
Lic. Jenny Angel Cruz	Asesora técnica para UNGASS-SIDA 2010	CENSIIDA
CP. Héctor Regalado Martínez	Asesor técnico para MEGAS	CENSIIDA
Dra. Ramona Elia Loo Méndez	Responsable del Seguimiento de la Aplicación del Índice Compuesto de Política Estatal	CENSIIDA
Lic. Enrique Bravo García	Subdirector de Investigación de Modelaje/ Dirección de Investigación Operativa	CENSIIDA
Dr. Ricardo García	Coordinador de Oficina de País	ONUSIDA
Ing. Jesús de Jesús Estrada Chávez	Jefe del Departamento de Metodología de la Investigación de la Sangre	CNTS
Dra. María Guadalupe Mercadillo Pérez	Titular de la División de Información en Salud	IMSS
Dr. Mario Jáuregui Chiu	Jefe del Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Subdirección General Médica del ISSSTE	ISSSTE
Dr. Lorenzo Fuentes Trejo	Encargado del Programa de SIDA, Subgerencia de Medicina Preventiva, Servicios Médicos de PEMEX	PEMEX
María Elena Hernández Castellanos	Subdirectora de Estándares de Logro de Aprendizaje, Dirección de Desarrollo Curricular	SEP
Dr. Marco A. Ricaño Puentes	Coordinador Nacional de TB/VIH SIDA y TB/DM. Supervisor Nacional de Programa de Acción de TB	CENAVECE
Mtra. Angélica Ospina Escobar	Gerente de Investigación	PSI, México

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

**LISTA DE AGRADECIMIENTOS A PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN
DEL INFORME UNGASS-SIDA 2010**

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Nombre	Cargo	Organismo
David Alberto Murillo	Presidente	Amigos Contra el SIDA, A.C. – ACES
Edgar Márquez	Representante	Academia Morelense de Derechos Humanos, A. C. Cuernavaca, Morelos
Mtro. Héctor Miguel Corral Estrada	Representante	Agencia Familiar Binacional, A. C. – AFABI. Tijuana, Baja California
José Antonio Granillo Montes	Presidente	Albergue las Memorias A. C. Tijuana, Baja California
Alejandra Gil	Representante	Asociación en Pro Apoyo a Servidores – APROASE
Gabriela García Patiño/Eugenia López	Representantes	Balance, Promoción para El Desarrollo y Juventud, A. C.
Onán Vázquez Chávez	Representante	Centro de Atención en Incidencia para la Salud y los Derechos Sexuales, A. C. Puebla
José Martín Luna Sámano	Director General	Centro de Atención Profesional a Personas con SIDA, A. C. – CAPPSIDA
Sonia González Ruíz	Presidenta	Centro Nacional de Educación y Capacitación para la Prevención, Tratamiento y Cuidado del VIH/SIDA e ITS, A. C. Ciudad Victoria, Tamaulipas
Amaranta Gómez Regalado	Presidenta	Colectivo Binni Lannu, A. C. “Gente Nuestra” en idioma zapoteca, Juchitán de Zaragoza , Oaxaca
Julián Elizalde Peña	Presidente	Colectivo SERGAY de Aguascalientes, A. C.
César A. Coria Mercado	Representante	Colectivo Sol, A. C.
Alexis Sorel Flores	Representante	Democracia y Sexualidad, A.C. – DEMYSEX
Prof. Luis Adrián Quiróz	Secretario General	DVVIMSS Derechohabientes Viviendo con VIH/SIDA del IMSS

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Nombre	Cargo	Organismo
Luis Perelman Javnozón	Presidente	Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, A. C. – FEMESS
Jessica Bear	Representante	Fortaleciendo la Diversidad. San Luis Potosí
Psic. Rubén David Alvarado	Vicepresidente	Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA A. C.
Lic. Guillermo A. Egremy Mendivil	Representante	Población HSH ante el MCP/México.
Raymundo Valadez Andrade	Suplente y Presidente	Suplente, de Población HSH ante el MCP/México. Presidente, Proyecto por Ti, A. C. Torreón, Coahuila
Moisés López Calderón	Representante	La Manta de México, A. C.
Lola Delgadillo Vargas	Representante	Las Tarascas en Busca de la Libertad. Morelia, Michoacán
Guadalupe Muñoz Saucedo	Directora Operativa	Misericordia y Vida para el Enfermo con SIDA, A. C. Ciudad Juárez, Chihuahua
Georgina Gutiérrez Alvarado	Coordinadora Nacional	Movimiento Mexicano de Ciudadanía Positiva, A. C.
Ricardo Román Vergara	Subdirector	Population Services International – PSI, A. C.
José Gerardo Cabrera Reséndiz	Director Ejecutivo	Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, A. C.
Rosember López Samayoa	Presidente	Una Mano Amiga en la Lucha Contra el SIDA, A. C. Tapachula, Chiapas

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

**LISTA DE AGRADECIMIENTOS A PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN
DEL INFORME UNGASS-SIDA 2010**

Nombre	ORGANISMOS EXTERNOS	
	Cargo	Organismo
Mónica Rodríguez	Consultora de Apoyo al Grupo Temático y Grupo Conjunto	ONUSIDA, México
Ana María López	Representante	PNUD
Regina Gonzalo Ortuñez	Representante	UNESCO
Francisco Javier Arellano	Representante	UNFPA

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

ÍNDICE	5
ACRÓNIMOS	7
INTRODUCCIÓN	
1. LA SITUACIÓN ACTUAL DEL VIH/SIDA EN MÉXICO	11
1.1 La participación de los interesados en el proceso de redacción	11
1.2 La respuesta política y programática	14
1.3 Tabla general de los indicadores	20
2. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DEL SIDA	21
2.1 Situación de la epidemia del VIH-SIDA: tendencias generales	
3. RESPUESTA NACIONAL DE LA EPIDEMIA DEL SIDA	27
3.1 Medición del Gasto en SIDA 2008-2009	
Indicador 1. Gasto relativo al SIDA	
3.2 Prevención del VIH	28
Indicador 3. Seguridad hematológica	
Indicador 7. Las pruebas del VIH en población general	
Indicador 8. Las pruebas del VIH en poblaciones más expuestas	
Indicador 8.1 Las pruebas del VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)	
Indicador 8.2 Las pruebas del VIH en usuarios de drogas inyectables (UDI)	
Indicador 9. Poblaciones más expuestas: programas de prevención	
Indicador 9.1 Trabajadoras/es sexuales (TS): programas de prevención	
Indicador 9.2 Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH): programas de prevención	
Indicador 9.3 Usuarios de drogas inyectables (UDI): programas de prevención	
Indicador 13. Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH	
Indicador 14. Poblaciones más expuestas: conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH	
Indicador 18. Trabajadoras/es sexuales: uso del preservativo	
Indicador 19. Hombres que tienen sexo con otros hombres: uso de preservativo	
Indicador 20. Usuarios de drogas inyectables: uso del preservativo	
Indicador 21. Usuarios de drogas inyectables: práctica de inyecciones seguras	
3.3 Atención y tratamiento	46
Indicador 4. Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica	

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Indicador 5. Prevención de la transmisión materno infantil
Indicador 6. Cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

3.4 Educación, comportamiento y prácticas sexuales en la población general 51

Indicador 11. Educación escolar sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida
Indicador 15. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad
Indicador 16. Relaciones sexuales de alto riesgo
Indicador 17. Uso de preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo

3.5 Impacto de las acciones de prevención y atención 57

Indicador 23. Poblaciones más expuestas: reducción de la prevalencia del VIH
Indicador 23.1 Trabajadoras/es sexuales (TS): reducción de la prevalencia del VIH
Indicador 23.2 Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH): reducción de la prevalencia del VIH
Indicador 23.3 Usuarios de drogas inyectables (UDI): reducción de la prevalencia del VIH
Indicador 24. Tratamiento del VIH: supervivencia después de 12 meses de terapia antirretrovírica
Indicador 25. Reducción de la transmisión materno infantil

4. PRACTICAS ÓPTIMAS 61

5. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS 62

6. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS 63

7. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN 63

BIBLIOGRAFÍA 66

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS 69

ANEXOS

ANEXO 1: INDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL PARTE A
ANEXO 2: INDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL PARTE B
ANEXO 3: FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES
ANEXO 4: MATRIZ MEGAS
ANEXO 5: APLICACIÓN DEL INDICE COMPUESTO DE POLÍTICA ESTATAL

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

ACRÓNIMOS

ARV	Antirretrovirales
CAPASITS	Centros Ambulatorios para Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
HSH	Hombre que tiene Sexo con Hombre
HTS	Hombre Trabajador Sexual
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
M & E	Monitoreo y Evaluación
MTS	Mujer Trabajadora Sexual
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OSC	Organización de la Sociedad Civil
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPL	Población Privada de la Libertad
PSI-México	Population Services International – México
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SS	Secretaría de Salud
TARV	Terapia Antirretrovírica
TB	Tuberculosis
TS	Trabajo Sexual
TTTI	Transexuales, transvestis, transgéneros e intersexuales
UDI	Usuarios de Drogas Inyectables
UNEMES	Unidades de Especialidades Médicas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
UNGASS	Sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Por sus siglas en inglés)
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

INTRODUCCIÓN

En este documento se presenta la respuesta de México a los acuerdos y objetivos establecidos en la Declaración de Compromiso sobre el VIH y el SIDA celebrada el 27 de junio de 2001 en Nueva York y adoptada en el 26º periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS, por sus siglas en inglés). En esta Declaración, 189 estados miembros, incluido México, se comprometieron a informar de manera regular sobre sus avances en la materia a la Asamblea General, debiendo presentar cada dos años el informe de progreso de su país.

A fin de poder monitorear el progreso de los países la Secretaría de ONUSIDA, en colaboración con los gobiernos nacionales, los copatrocinadores y los asociados para el desarrollo de ONUSIDA, creó una serie de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración de Compromiso, los cuales son revisados después de cada ronda y actualizados, cuando es necesario, en función del análisis del rendimiento de los indicadores en rondas previas. (UNAIDS 2010)¹

Subrayando los objetivos y resultados en áreas prioritarias definidas en la Declaración de Compromiso, los datos y fuentes empleados en este informe, buscan dar cuenta de una descripción detallada y analítica del VIH/SIDA en el país, que refleje de manera apegada a la realidad la situación actual de la epidemia en México.

Las fuentes de información consultadas permitieron un análisis para el periodo 2008-2009. Los datos, empleados en el cálculo de los indicadores, en su mayoría, derivan de sistemas de información nacional, encuestas, estudios, así como de entrevistas realizadas con actores clave en el tema.

En seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, las directrices para el desarrollo de indicadores básicos, Informe 2010, contemplan 25 indicadores clasificados en cuatro categorías distintas:

1. Indicadores del compromiso y la acción nacionales (indicadores del 1 al 2)
2. Indicadores del programa nacional (indicadores del 3 al 11)
3. Indicadores de conocimiento y comportamiento (indicadores del 12 al 21)
4. Indicadores de impacto (indicadores del 22 al 25)

A fin de sistematizar y caracterizar el reporte de los indicadores, éstos son presentados de la siguiente forma:

1. Número y nombre del indicador
2. Resultado del indicador

¹ UNAIDS Seguimiento de avances en países (2010, Febrero). Disponible en <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/Default.asp>

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

3. Objetivo del indicador
4. Frecuencia de recopilación de datos sugerido por ONUSIDA
5. Metodología de cálculo propuesto por ONUSIDA:
6. Instrumento de medición sugerido por ONUSIDA:
7. Metodología de cálculo utilizada por México:
8. Fuente del indicador reportado por México:
9. Observaciones:
10. Notas:

El documento está dividido en siete grandes apartados, que hacen referencia a la parte descriptiva y analítica de la epidemia y se encuentra desglosado en los siguientes puntos. La situación actual del VIH/SIDA en México, en donde se describe brevemente cómo fue el proceso de construcción del presente informe y la metodología que se siguió, para posteriormente describir cómo ha evolucionado la epidemia, desde sus orígenes, así como la respuesta que se le ha dado, particularmente en el área de prevención y atención.

El siguiente apartado, Panorama general de la epidemia, describe la situación actual de la epidemia y las tendencias generales que ésta presenta en el país, haciendo un análisis detallado con los datos disponibles hasta el 2009. En esta sección se analizan diversos aspectos que conducen a la epidemia y sus particularidades.

En el apartado 3, correspondiente al tema Respuesta nacional de la epidemia del SIDA; se analiza a detalle cada uno de los indicadores propuestos por el ONUSIDA. En esta sección se examinan los progresos realizados, en los temas de; Medición del Gasto en SIDA, Prevención del VIH, Atención y tratamiento. Educación, comportamiento y prácticas sexuales en población general y finalmente, Impacto de las acciones de prevención y atención. En esta sección, se incluye además la visión que tienen las OSC, respecto a los temas señalados.

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

En la parte final del informe se encuentran los anexos en donde puede consultarse los ICPN Parte A y B, aplicados tanto a funcionarios de gobiernos como de la sociedad civil (anexos I y II).

El anexo III, corresponde a las fichas técnicas de los indicadores, en donde se presenta el cálculo y análisis, la metodología y las fuentes de datos empleadas para su construcción.

Finalmente en el anexo IV, puede consultarse el ICPN, parte A y B, aplicado a las entidades federativas del país. Si bien esta sección no forma estrictamente parte del informe UNGASS, el país decidió efectuar este ejercicio, a fin de profundizar a nivel estatal.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Cabe señalar que este informe es producto de un esfuerzo y articulación entre diversos sectores del gobierno, instituciones, sociedad civil y centros de estudios. El proceso de construcción del informe constó de dos etapas; en la primera se consultó a los interesados en el tema y se identificaron las estrategias y la metodología en la construcción del informe. En la segunda parte, se llevó a cabo la discusión de los resultados obtenidos y se plasmaron las inquietudes de los distintos actores que participaron como parte de la respuesta nacional a la epidemia.

Como resultado de lo anterior, se pudieron identificar los progresos, oportunidades y retos actuales de México, que emanan de la Declaración de Compromiso sobre el VIH y el SIDA, 2001.

1. LA SITUACIÓN ACTUAL DEL VIH/SIDA EN MÉXICO

1.1 La participación de los interesados en el proceso de redacción

A partir de la Declaración de Compromiso sobre el VIH y el SIDA, adoptada por el 26º periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas, el 27 de junio de 2001, México, al firmar y ratificar esta declaración, adquirió la obligación de informar de manera regular cada 2 años sobre los avances en materia del VIH/SIDA a la Asamblea General.

De esta manera, a través del seguimiento a una serie de indicadores básicos propuestos por el ONUSIDA para el seguimiento de la Declaración de Compromiso; el país fortalece su compromiso de dar continuidad y mejorar la respuesta nacional con diversas actividades para detener la epidemia mexicana de VIH/SIDA.

Para la elaboración de este informe, se hizo necesario contar un plan de trabajo que contemplara la construcción de los indicadores solicitados, dando cuenta de los avances y limitaciones existentes a la fecha. Este informe tiene el objetivo de presentar los elementos básicos que conducen la epidemia mexicana del VIH/SIDA, a través del análisis de los indicadores propuestos por el ONUSIDA, identificando los alcances del programa nacional e identificando áreas de mejora futuras.

El presente documento está dirigido a los funcionarios del ONUSIDA; a las autoridades de VIH/SIDA nacionales, estatales y locales; a la sociedad civil en general, y sociedad civil con trabajo en SIDA, en particular; así como a las personas viviendo con VIH y a las personas afectadas por la epidemia.

Metodología

La coordinación de la elaboración del informe de México UNGASS-SIDA 2010, estuvo a cargo del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA).

El equipo de trabajo del CENSIDA estuvo conformado por una coordinadora general para la elaboración del Informe de México UNGASS/SIDA 2010 del CENSIDA; dos asesores técnicos externos, encargados de calcular los indicadores y organizar el trabajo necesario para elaboración de informe UNGASS-SIDA 2010 y realizar la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) para los años 2008 y 2009, respectivamente; así como una persona responsable del seguimiento de la aplicación del ICPN (partes A y B) a nivel estatal, cuya labor no forma parte estrictamente del informe UNGASS-SIDA, pero que México decidió incluir como un documento adicional al mismo. El equipo contó con la colaboración de funcionarios de salud y educación expertos en el tema, así como de las organizaciones de la sociedad civil con experiencia y trabajo en SIDA.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

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

En equipo del CENSIDA trabajó con funcionarios del CENSIDA para que, éstos respondieran el Índice Compuesto de Política Nacional, parte A (ICPN parte A); así como para la revisión conjunta del apartado de indicadores.

Una vez concluida la sección de indicadores, esta también, se presentó ante el Comité de Monitoreo y Evaluación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA).

Por otra parte, se trabajó con las OSC. En primera instancia, se llevó a cabo una primera reunión informativa con estas organizaciones, con el objetivo que los participantes conocieran y se familiarizaran con los componentes del informe para que, posteriormente, en una reunión de trabajo, pudieran aportar datos y observaciones al informe. La idea central, fue que, por un lado, conocieran la estructura del Índice Compuesto de Política Nacional, parte B (ICPN parte B), y el tipo de preguntas que se hacen y, por el otro que, se familiarizaran con el apartado de indicadores. En esta primera reunión se les brindó como material de apoyo, el documento *Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos. Informe 2010*. En esta primera reunión con las OSC, también se explicaron los lineamientos generales para sostener un segundo encuentro.

Posteriormente, en la reunión de trabajo, que duró dos días, se revisó cada indicador en conjunto con las organizaciones, éstas anexaron sus observaciones y datos (previamente trabajados con base en las fichas técnicas de los indicadores). En el segundo día, se contestó el ICPN parte B, conjuntamente entre OSC y organismos externos.

Finalmente, México decidió generar información adicional al presente informe, aplicando el ICPN partes A y B a nivel de entidad federativa, con el objetivo de identificar la diversidad de contextos existentes en el país.

Para la elaboración del informe se desarrollaron las siguientes tareas, entre el 1 de octubre de 2009 y el 31 de marzo de 2010:

a. Revisión documental.

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

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

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

- 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, programas y centros nacionales.
- c. Análisis de bases de datos, de otras fuentes de información y construcción de indicadores
A fin de construir los indicadores, se analizó la información recopilada, así como las bases de datos pertinentes.
- Para los análisis de la base de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0. Para los análisis de las otras fuentes de información se utilizó Excel.
- d. Validación de indicadores y entrevistas a funcionarios.
Una vez concluido el apartado de indicadores, se sostuvo una reunión de trabajo con funcionarios del CENSIDA a fin de validarlo. Sus observaciones y recomendaciones fueron tomadas en cuenta para mejorar este apartado. Asimismo, estos funcionarios fueron consultados para determinar los avances así como las necesidades en distintos ámbitos: plan estratégico; apoyo político; prevención; tratamiento, atención y apoyo; y vigilancia y evaluación; a través de la aplicación del cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional parte A; dirigida a funcionarios del gobierno. (La lista de entrevistados puede consultarse en la sección inicial de este documento)
- e. Trabajo conjunto de indicadores y entrevistas a representantes de organizaciones externas y de la sociedad civil
A fin de anexar datos y observaciones de las OSC a la sección de indicadores y responder el ICPN parte B, se convocó a dos reuniones de trabajo en donde se explicó detalladamente los componentes del informe UNGASS-SIDA 2010 y se compartieron los resultados y la metodología de construcción de los indicadores, para la recepción de sus datos y observaciones. Asimismo, a fin de determinar los avances así como las necesidades en distintos ámbitos: derechos humanos; participación de la sociedad civil; prevención; y tratamiento, atención y apoyo; se aplicó el cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional parte B, que se respondió tanto por OSC, como por organismo externos. (La lista de entrevistados puede verse en la sección inicial de este documento)
- f. Aplicación del ICPN a nivel estatal

El CENSIDA solicitó a las Secretarías de Salud Estatales su colaboración para la aplicación del ICPN (parte A y B) en sus estados. Los Jefes de los

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Programas Estatales de VIH/SIDA e ITS, se encargaron de aplicar los cuestionarios en sus entidades federativas y enviar la información al CENSIDA, para su procesamiento y elaboración del documento anexo al presente informe.

g. Elaboración del Informe escrito

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

h. Captura en línea

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

i. Difusión del informe

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

1.2 La respuesta política y programática

La epidemia de VIH/SIDA en México y la respuesta nacional

Los primeros casos de SIDA que se reportaron en México fueron en 1983, año en que se conocía poco de la infección y todavía no existían manuales estandarizados para apoyar la identificación de los casos.² Tras más de 25 años que han pasado desde el inicio de la epidemia en México, la epidemia se ha ido delineando en sus características fundamentales (distribución por sexo y edad, distribución geográfica, por forma de transmisión, por tiempo de sobrevivencia después de la infección). De forma paralela, también la respuesta a la epidemia, con políticas y acciones ha ido evolucionando.

Desde la aparición del VIH/SIDA en el país, la respuesta gubernamental fue fundamental. En 1986, se fundó el Comité Nacional para la Prevención del SIDA, y dos años después se convirtió en Consejo Nacional, con participación multisectorial. Así, en diciembre del 2009, se cumplieron 21 años de la puesta en marcha del CONASIDA (hoy denominado CENSIDA), tiempo en el cual se ha consolidado una respuesta amplia y horizontal al VIH y el SIDA en el país.

El proceso de descentralización de los servicios de salud trajo consigo un reto mayor: los programas para la prevención y el control del VIH/SIDA y otras ITS

²Ponce de León, S., Macías, A.E., Cruz, A. et al. "Los primeros cinco años de la epidemia de SIDA en México: experiencia en el Instituto Nacional de la Nutrición 'Salvador Zubirán'", Salud Pública de México. 30 (4): 544-554. (1988).

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

de la Secretaría de Salud recayeron bajo la responsabilidad de cada una de las 32 entidades federativas.³

Los resultados de las continuas acciones desarrolladas hasta nuestros días, han facilitado la obtención de cierto control sobre el curso de la epidemia. En prevención, las primeras acciones, que resultaron en la contención de la epidemia, se dirigieron al control de la transmisión por transfusión sanguínea y a la prevención en mujeres trabajadoras sexuales. Paulatinamente, y ante las evidencias de la concentración de la infección HSH, así como en el importante crecimiento de casos de la epidemia en usuarios de drogas inyectables, se reformuló la estrategia para alcanzar a estas poblaciones.

En materia de atención, el máximo logró ha sido que, a finales del año 2003, México alcanzó el acceso universal a tratamiento ARV.

Desde el CENSIDA, se ha trabajado en diversas temáticas, por demás trascendentes en el tema del VIH/SIDA, tales como la defensa de los derechos humanos, acciones para disminuir el estigma y la discriminación, planes con enfoque de género y apoyo a grupos de autoayuda. Un paso substancial fue el reconocimiento a las organizaciones de la sociedad civil, por parte de las autoridades de salud y la incorporación de su fortalecimiento en procesos de desarrollo institucional.

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

Prevención

Para el Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA, fortalecer la estrategia de prevención es indispensable a fin de fortalecer la respuesta ante la epidemia. México tiene que priorizar y eficientar su estrategia preventiva, reducir la incidencia en el epicentro de su epidemia y promover cambios de comportamiento en las poblaciones más expuestas.

Entre los avances en el período 2000-2006 se logró mantener campañas de comunicación para la prevención del VIH, y del uso del condón. Además, desde el año 2006 se inició el financiamiento con recursos del gobierno federal de proyectos de prevención del VIH para poblaciones más vulnerables,

³ SS/ CENSIDA Programa de Acción VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 2001-2006. México, 2002

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

desarrollados por organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas.

Por otro lado, el “Programa de Acción Específico en respuesta al VIH/SIDA e ITS 2007-2012” señala que, la concentración de la epidemia se da principalmente en poblaciones más expuestas: HSH, MTS y HTS y UDI.⁴ De forma tal que, entre los principales objetivos de este período, se encuentra la estrategia 1 que se refiere a la prevención de la transmisión del VIH y el control de la epidemia de SIDA, que incluye distintas líneas de acción, entre las que destaca el fortalecer el desarrollo de estrategias preventivas con énfasis en los grupos clave. Para este fin, las actividades propuestas son:

- Promover estrategias de prevención de la transmisión sexual focalizadas, tomando en cuenta las necesidades de las poblaciones clave, que incluyan acceso a condones, lubricantes pruebas de detección del VIH e ITS, educación sexual, en hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres; mujeres y hombres trabajadores del sexo comercial y sus clientes; privados de la libertad, población móvil; indígenas.
- Promover el desarrollo de programas de reducción del daño asociados a la transmisión del VIH por uso de drogas, en las entidades federativas con mayor prevalencia.
- Apoyar el mercadeo social de condones masculinos y femeninos.
- Implementar programas preventivos basados en los Centros Ambulatorios para Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de toda la República Mexicana.
- Promover el cumplimiento de la normatividad de la Seguridad en la Sangre, Hemoderivados y transplantes; en lo referente al VIH, Sífilis y Hepatitis B.
- Estimular y apoyar la investigación en el campo de la sexualidad humana para prevenir el VIH/SIDA e ITS.

Además, con base al Programa Nacional de Salud 2007-2012, en donde se señala la necesidad de impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS, se reitera y fortalece el apoyo a las Organizaciones de la Sociedad Civil y las personas que viven con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, a través de los programas dirigidos a la prevención de esta infección en las poblaciones clave, así como en las campañas dirigidas a disminuir el estigma, la discriminación y la homofobia asociada al VIH/SIDA.

⁴ SS/CENSIDA. Programa de Acción Específico en respuesta al VIH/SIDA e ITS, 2007-2012. México, 2008.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Bajo este contexto se pretende mantener la prevalencia del VIH por debajo al 0.6% en personas de 15 a 49 años de edad. Para lograrlo la actual administración del Centro, en su primer año ha preparado el relanzamiento de la Estrategia Nacional de Prevención y un conjunto de actividades, ajustes y acciones que promoverán el fortalecimiento del programa en la materia, además se elaboró un documento denominado Estrategia Nacional de Prevención, que pretende definir las acciones y los roles de cada uno de los actores públicos y privados en dicha estrategia. El documento ha sido consultado con diversos sectores y se encuentra en fase de ajuste para su divulgación.⁵

Otro avance importante que se aprecia es el incremento de la compra de insumos y servicios en el área de prevención, tales como condones, lubricantes, pruebas de detección del VIH, particularmente para embarazadas y poblaciones clave. También, se ha observado una diversificación en las campañas de prevención, a fin de alcanzar a las poblaciones clave. Un avance por demás importante, ha sido la presencia de programas y campañas dirigidos a indígenas y PPL, a diferencia de lo que había en 2005, cuando estos eran pocos o inexistentes.

En cuanto al ámbito educativo, se aprecia también un aumento de los programas de prevención, a través de la educación dirigidos principalmente a jóvenes dentro y fuera de la escuela y cuya importancia fue subrayada sobre todo a partir de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”, que se aprobó en el marco de la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe, realizada en la Ciudad de México, en la que 30 Ministerios de Salud y 26 Ministerios de Educación se comprometieron a posicionar la prevención como eje fundamental para responder de manera efectiva al VIH y al SIDA.⁶

Las metas establecidas y acordadas por los Ministerios de Salud y Educación de la región en la Declaración son:

- Para el año 2015, reducir en 75% la brecha en el número de escuelas bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación que no imparten educación integral en sexualidad.
- Para el año 2015, reducir en 50% la brecha en el número de las y los adolescentes y jóvenes sin cobertura de servicios de salud que atiendan apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva.
- Para lograr estas metas y para asegurar la educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual y reproductiva en las y los

⁵ SS/ CENSIDA. El VIH y el SIDA en México 2009. México, diciembre, 2009.

⁶ SEP/ ONUSIDA/CENSIDA/SS Primer Aniversario de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” Accesado el 29 de marzo de 2010. Sitio Web: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/comunica_spa.pdf

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

adolescentes y jóvenes, se requiere de una alianza estratégica entre el sector salud y el sector educación.

A través de la Secretaría de Educación Pública (SEP), se están impulsando acciones específicas⁷ que permitan implementar en la educación básica, primarias y secundarias, el enfoque basado en las aptitudes para la vida, del cual se tiene evidencia que, aplicado con eficacia, puede tener un impacto positivo en el comportamiento, incluido la postergación de la primera relación sexual, así como la reducción del número de parejas.⁸ En este contexto, se ha impulsado y fortalecido el trabajo interinstitucional entre la Secretaría de Salud (SS) y la SEP en lo referente al tema de educación sexual en México.

Atención

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

Desde la aparición de la epidemia y hasta el año de 1996, la atención a personas con VIH/SIDA se concentró en hospitales de especialidades; sin embargo, hasta 1992, el tratamiento de los pacientes se limitaba a brindar apoyo psicológico y el tratamiento de las infecciones oportunistas y neoplasias. En 1991, comenzó el tratamiento con antirretrovirales inhibidores de la transcriptasa reversa y no fue sino hasta 1995 que, con el uso de los nuevos inhibidores de proteasa, en una triple combinación de antirretrovirales conocida como TARA (Tratamiento Antirretroviral Altamente Supresivo) o HAART por sus siglas en inglés (*Highly Active Antiretroviral Treatment*), el pronóstico de la enfermedad cambió radicalmente, para convertirse en un padecimiento crónico.⁹

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

En el periodo 2001-2006, México adoptó la política de acceso universal a la atención médica integral en VIH, que se logró al brindar acceso al tratamiento antirretroviral (ARV) a todas las personas con VIH sin seguridad social que lo requerían.

⁷ SEP Fortalecen a Equipos Técnicos Pedagógicos en temas de educación sexual Accesado el 29 de marzo de 2009. Sitio Web:

<http://www.basica.sep.gob.mx/dgdc/sitio/start.php?act=notapp250509>

⁸ UNFPA Educación en las escuelas sobre sexualidad Accesado el 29 de marzo de 2010. Sitio Web: www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch4/page2.htm

⁹ SS/ CENSIDA. El VIH y el SIDA en México 2009. México, diciembre, 2009

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

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

Su creación garantizó un trato adecuado, abatir las desigualdades en la atención médica y mejorar las condiciones de salud de las personas que viven con VIH/SIDA; como parte de los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

En congruencia con el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y el Programa de Acción Específico en Respuesta al VIH/SIDA e ITS 2007-2012; el Gobierno Federal propuso el mantener acceso universal a medicamentos antirretrovirales, como uno de los ejes prioritarios para abatir los estragos que causa el VIH.

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

Por su parte, los CAPASITS se constituyen actualmente como unidades operativas de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA e ITS en el país.

1.3 Tabla general de los indicadores

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS/SIDA México 2010

Cuadro 2

Indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración de compromisos sobre el VIH/SIDA

Indicadores de compromiso y la acción nacionales	Aplicabilidad	Porcentaje
1 Gasto relativo al sida		
2 Políticas gubernamentales sobre el VIH/sida		
Indicadores del programa nacional		
3 Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada. 2009	Todos los países	100%
4 Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica. 2008	Todos los países	79.4%
Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica. 2009	Todos los países	82.3%
5 Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibió fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil. 2008	Todos los países	27.0%
Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibió fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil. 2009	Todos los países	25.6%
6 Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH. 2009	Todos los países	77.4%
7 Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Todos los países	N/D
8 Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados. 2008-2009 HSH	Concentrada/baja	49.90%
Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados. 2008-2009 UDI	Concentrada/baja	31.60%
9 Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH 2008-2009 (TS- Contesaron afirmativamente ambas preguntas)	Concentrada/baja	59.62%
Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH 2008-2009 (HSH- Contesaron ambas preguntas)	Concentrada/baja	38.10%
Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención del VIH 2008-2009 (UDI- Contesaron ambas preguntas)	Concentrada/baja	20.19%
10 Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos padres fallecieron durante la infancia	Alta prevalencia	N/A
11 Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las Indicadores de conocimiento y comportamiento	Todos los países	N/D
12 Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	Todos los países	N/D
13 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Todos los países	N/D
14 Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Concentrada/baja	N/D
15 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	Todos los países	3.78%
16 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Todos los países	N/D
17 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	Todos los países	N/D
18 Trabajadoras/es sexuales varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	Concentrada/baja	62.47%
19 Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina	Concentrada/baja	63.57%
20 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	Específica	28.15%
21 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	Específica	39.70%
Indicadores de impacto:		
22 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH	Generalizada	N/A
23 Porcentaje poblaciones más expuestas infectadas por el VIH. trabajadoras/es sexuales	Concentrada/baja	1.70%
23 Porcentaje poblaciones más expuestas infectadas por el VIH. HSH	Concentrada/baja	10.18%
23 Porcentaje poblaciones más expuestas infectadas por el VIH. UDI	Concentrada/baja	4.96%
24 Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	Todos los países	88.07%
25 Porcentaje de lactantes infectados por el VIH que nació de madres infectada	Todos los países	N/D

2. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DEL SIDA

2.1 Situación de la epidemia del VIH-SIDA: tendencias generales¹⁰

Hacia finales del 2008, el estimado de personas viviendo con el VIH/SIDA en América Latina, ascendió a 2 millones y más del 70% de las personas viviendo con VIH/SIDA residían en los cuatro países más grandes de la región, Argentina, Brasil, Colombia y México.¹¹

Considerando el número total de infecciones, México ocupó en el 2007 el segundo lugar con 200,000 personas viviendo con VIH, después de Brasil que, con 730,000 viviendo con VIH, ocupó el primer sitio entre los países de América Latina y el Caribe. A continuación, se ubicaron Colombia (170,000), Argentina (120,000) y Perú (76,000) como los siguientes países numéricamente más importantes de la región.

Sin embargo, de acuerdo con la prevalencia de VIH en población adulta, que es el indicador que utiliza ONUSIDA para comparaciones internacionales, México se ubicó en el décimo séptimo lugar en América Latina. Los países con mayor prevalencia de VIH fueron Guyana (2.5%), Suriname (2.4%) y Belice (2.1%). Detrás de éstos, en orden de magnitud, aparecen cuatro países de América Central (Panamá, Guatemala, El Salvador y Honduras) con cifras del 0.7% al 1% prevalencia en adultos. En contraste, México es un país que registra una prevalencia de VIH en población adulta relativamente baja (0.3%), sobre todo si se le compara con los países que tiene frontera, los cuales registran cifras más elevadas, como Belice (2.1%), Guatemala (0.8%) y Estados Unidos (0.6%).

¹⁰ Resumen de: SS/ CENSIDA. "Capítulo 1. Epidemiología". En: El VIH y el SIDA en México 2009. México, diciembre, 2009.

¹¹ UNAIDS/WHO, 2008 Report on the Global AIDS Epidemic; July 2008, and 2009 Report on the Global AIDS Epidemic; 2009.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Gráfico 1
Prevalencia de VIH en países de América Latina, 2007



Fuente: The Henry J. Kaiser Family Foundation. HIV/AIDS Epidemic in México. (HIV/AIDS Policy Fact Sheet), July 2008

Población más afectada. Distribución según tipo de población

La epidemia del VIH/SIDA en México, se clasifica como concentrada, dado que no se ha establecido en la población en general; pero se concentra en poblaciones clave. La prevalencia de infección por VIH en la población adulta de 15 a 49 años de edad es del 0.3%, aunque la tendencia de este indicador muestra que la prevalencia se ha elevado del 0.13% en 1990 a 0.3% en el 2009, pero se espera que alcance el 0.4% en al año 2012.

Al interior de subgrupos de la población, la epidemia se ha difundido rápidamente, particularmente en las llamadas poblaciones clave, hombre que tiene sexo con hombre (HSH), mujer trabajadora sexual (MTS), hombre trabajador sexual (HTS) y usuario de drogas inyectables (UDI). En este tipo de epidemias, la prevalencia de infección por VIH se ha mantenido constante por encima del 5% en por lo menos tres subgrupos de la población HSH, HTS y UDI.

La epidemia en México está concentrada en las poblaciones clave, entre las que destacan los hombres que tienen sexo con hombres (con una prevalencia de VIH de 10.2%), seguidos de los HTS (8.9%), los UDI, (5.0%), y finalmente las MTS (0.9%).

Cuadro 1

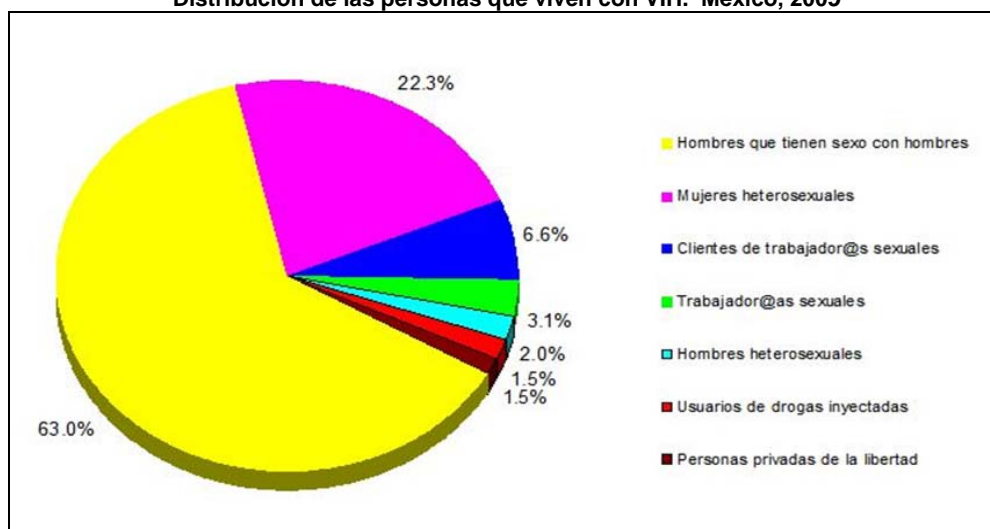
Prevalencias: poblaciones más expuestas infectadas por el VIH. México 2009					
Población	Todos	Hombre	Mujer	<25	25+
Trabajadoras/es sexuales	1,7%	8,9%	0,9%	1,7%	1,7%
HSH	10,2%	-	-	7,9%	11,5%
UDI	5,0%	4,9%	4,6%	2,3%	5,7%

Fuente: Informe UNGASS /SIDA México -2010

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS/SIDA México 2010

De acuerdo a estimaciones que realizó el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), de manera conjunta con el ONUSIDA, en México existen actualmente 220,000 personas adultas infectadas por el VIH (2009), de las cuales casi las dos terceras partes corresponden a hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH), el 22.3% a mujeres heterosexuales y 6.6% a clientes de trabajadoras sexuales, principalmente heterosexuales. El 3.1% correspondió a trabajadoras sexuales y el 2.0% a varones heterosexuales. Mientras que los usuarios de drogas inyectadas y las personas privadas de su libertad contribuyeron cada uno con el 1.5% del total de personas que viven con VIH en México.

Gráfico 2
Distribución de las personas que viven con VIH. México, 2009



Fuente: Estimaciones conjuntas ONUSIDA-CENSIDA, 2009

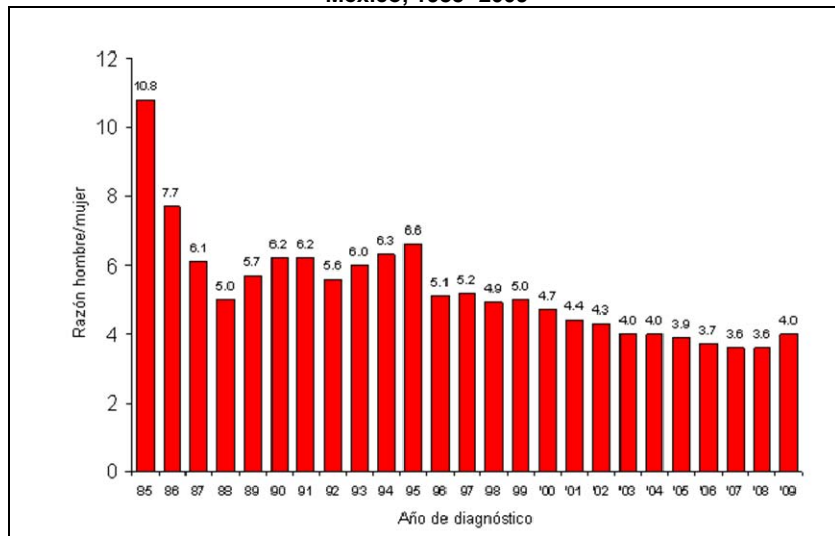
Distribución por género y edad

Desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta el 17 de noviembre del 2009, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 135,003 casos acumulados de SIDA, de las cuales el 82.3% son hombres y el 17.7% son mujeres, es decir, existe una relación hombres/mujeres de 4.6 a 1, pero el subregistro de casos y el retraso en la notificación son factores que deben considerarse.

La evolución de la razón hombre/mujer se ha reducido a lo largo de la epidemia del SIDA en México. Dicha razón disminuyó de 10.8 en 1985, hasta 3.6 en el 2008 y aumentó a 4.0 para el 2009

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
 UNGASS/SIDA
 México 2010

Gráfico 3
Razón hombre/mujer en los casos de SIDA, según año de diagnóstico.
México, 1985- 2009

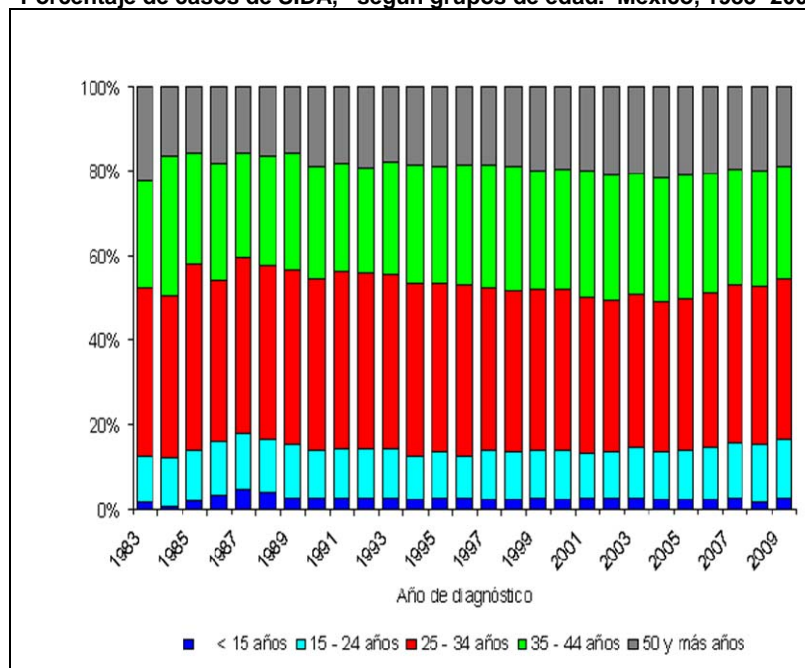


Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 17 de noviembre de 2009

Respecto a la edad, el grupo de 25-34 años de edad es el grupo con mayor porcentaje de casos de SIDA, seguido del grupo de 35-44 años de edad. En tercer lugar en importancia aparecen los jóvenes de 15-24 años de edad.

La tendencia histórica de la epidemia muestra una disminución en la proporción de casos de SIDA en los grupos de edad más afectados (25-44 años), y un aumento sostenido del porcentaje de casos de SIDA en jóvenes.

Gráfico 4
Porcentaje de casos de SIDA, según grupos de edad. México, 1983- 2009



Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 17 de noviembre de 2009.

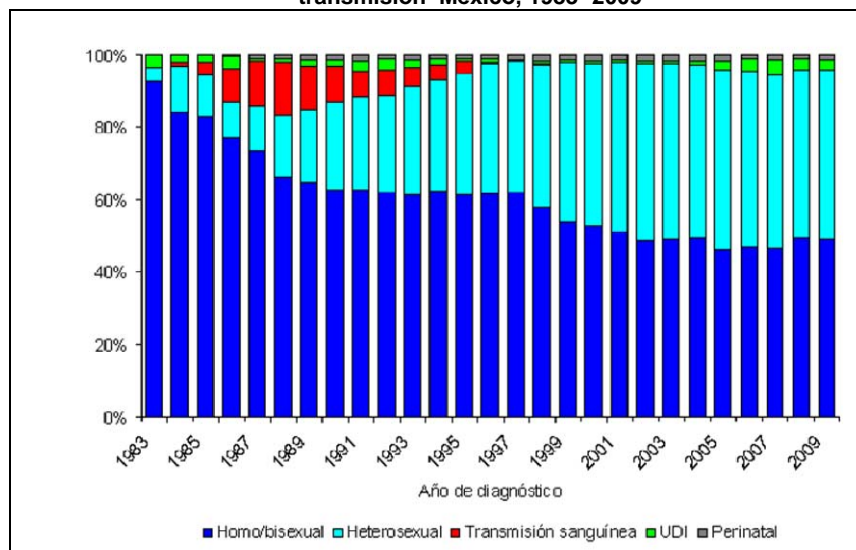
Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Vías de transmisión

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

Aunque en los primeros años de la epidemia, los casos en homosexuales y bisexuales llegaron a representar más del 90% del total de casos, a finales de la década actual continúan representando alrededor del 50%. Esto sin considerar que en este análisis se excluyeron los casos de SIDA en donde la categoría de transmisión es desconocida (en uno de cada tres casos no se registró la categoría de transmisión). Sin embargo, también puede observarse una tendencia ascendente, en los últimos años, en el porcentaje de casos de tipo heterosexual, así como la desaparición de los casos de SIDA asociados a la transfusión sanguínea. Los casos en usuarios de drogas inyectadas y transmisión perinatal ocupan porcentajes marginales

Gráfico 5
Porcentaje de casos de SIDA en varones de 15 y más años por categoría de transmisión México, 1983- 2009



Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 17 de noviembre de 2009

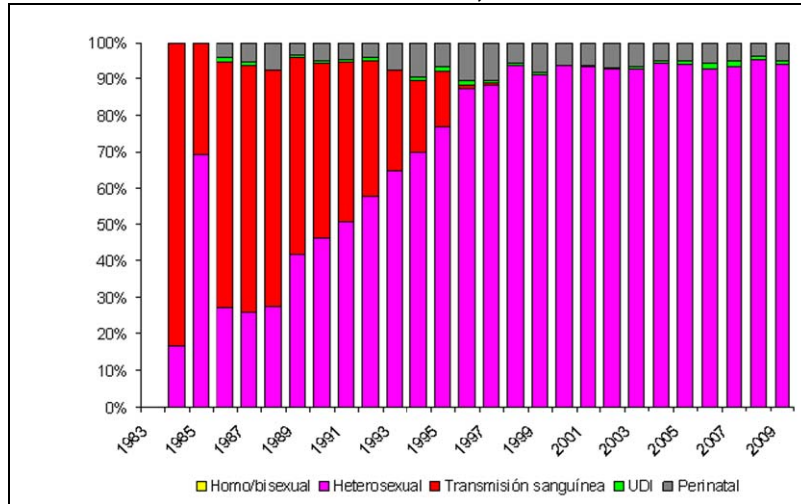
La epidemia del SIDA en mujeres adultas (de 15 y más años de edad), también es dominada por la transmisión sexual, en donde la transmisión de tipo heterosexual significa casi el 95% del total de casos registrados en el 2009, en tanto que los casos de SIDA perinatales y en usuarias de drogas inyectadas ocupan el porcentaje restante.

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

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

comercialización de la misma, aplicada en nuestro país exitosamente en los primeros años de la epidemia

Gráfico 6
Porcentaje de casos de SIDA en mujeres de 15 y más años por categoría de transmisión. México, 1983- 2009



Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 17 de noviembre de 2009

3. RESPUESTA NACIONAL DE LA EPIDEMIA DEL SIDA

3.1 Medición del Gasto en SIDA 2008-2009¹²

Indicador 1. Gasto relativo al SIDA

La medición del gasto en SIDA MEGAS constituye la tercera generación de herramientas para medir el gasto ejecutado en actividades de VIH/SIDA que, tiene un abordaje para el rastreo de recursos que incluye actividades fuera del sector salud y que componen la respuesta nacional expandida incluyendo financiamiento y gasto en educación, desarrollo social, y en otros sectores que están claramente fuera de cualquier conceptualización de los servicios de salud.

Para el estudio 2008-2009, esta metodología evolucionó en la valoración del Gasto Nacional relativo al SIDA (NASA) y su clasificación en tres dimensiones: financiación, provisión y consumo, en comparación con los estudios de MEGAS realizados previamente.

Durante el periodo 1997-2009, el gasto en prevención y atención del VIH/SIDA en México se ha triplicado, aunque en el último año, disminuyó, debido a las negociaciones para la reducción del costo de los medicamentos ARV.¹³

Al interior de las categorías del gasto, en el área de prevención, el incremento ha sido paulatino y contenido (298%), en contraste con el incremento exponencial que se observa en el área de atención, el cual se relaciona básicamente con el programa de acceso a tratamiento ARV que, a finales de 2003, logro el acceso universal en el país (500%).

En 2008 y 2009, se puede observar que alrededor de tres cuartas partes del gasto total en VIH/SIDA se dirigieron al tratamiento y componentes de la atención (73%). La prevención para estos mismos años ocupa entre el 23% y 26% de gasto total. La gestión y administración de programas representó el 1%; y las acciones realizadas en las demás categorías tuvieron una participación menor al 1%.

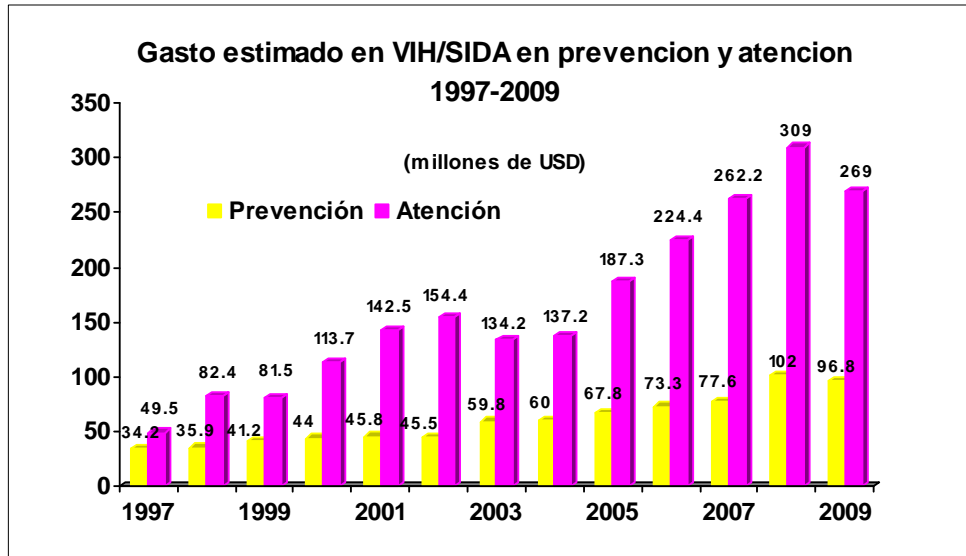
El sector público, sigue siendo la principal fuente de financiamiento de la prevención (alrededor del 66%); la atención (cercano al 99%) y en la suma del resto de las categorías (aproximadamente 58%). El sector privado constituye siempre la segunda fuente de financiamiento (34%, 1% y 35%). El sector externo, en todos los casos es menor al 1%.

¹² Rivera MP y Regalado H. Medición del Gasto en sida en México 2008 y 2009. Secretaría de Salud/CENSIDA. México, 2010.

¹³ Cifras ajustadas por inflación.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Gráfico 7



Fuente: Construcción propia a partir de informes de Cuentas Nacionales en Salud y VIH/SIDA y MEGAS. México 1997-2009.

3.2 Prevención del VIH

Indicador 3. Seguridad hematológica

Análisis del indicador

Los programas de seguridad hematológica tienen por objeto que todas las unidades de sangre se analicen para detectar infecciones transmisibles, incluido el VIH, y que sólo aquellas unidades no reactivas al cribado se destinen para uso clínico.¹⁴

Desde 1986, en México existen disposiciones legales que prohíben la comercialización de la sangre y obligan a que toda la sangre sea previamente analizada. Desde entonces, se promueve la donación voluntaria de ésta como la fuente más segura de sangre. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, en el artículo 48, sección III, señala practicar a los donantes de sangre humana un examen médico y los análisis de laboratorio. En el inciso G de la misma sección, se señala practicar la prueba para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o de sus anticuerpos. A su vez, la NOM- 003- SSA2- 1993 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, en el inciso 7,1 y 6, señala practicar obligatoriamente la prueba serológica para la identificación de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana, mediante cualquiera de las

¹⁴ ONUSIDA. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos. Informe 2010. Ginebra, marzo 2009. Pág. 30.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

pruebas de tamizaje siguientes: ensayo inmunoenzimático, aglutinación pasiva y otras con especificidad y sensibilidad igual o mayor.

Actualmente, los diferentes métodos utilizados por los 569 bancos de sangre del país para el análisis de VIH en los 90% métodos instrumentales son ELISA, MEIA, quimioluminiscencia, inmuno ensayo de micropartículas con quimioluminiscencia y biología molecular y para el 10% visuales es la floculación.

Como resultado de lo anterior, el 100% de las unidades de sangre donada son analizadas para la detección del VIH, según los criterios de calidad asegurada.¹⁵ En el 2009 (enero-octubre) el 100% de las 1,322,763 unidades de sangre recolectadas, fueron analizadas para la detección del VIH con dichos criterios de calidad y se espera que, al cierre 2009, esta cifra se aproxime a las 1,570,108 unidades de sangre donada y analizadas en el 2008.

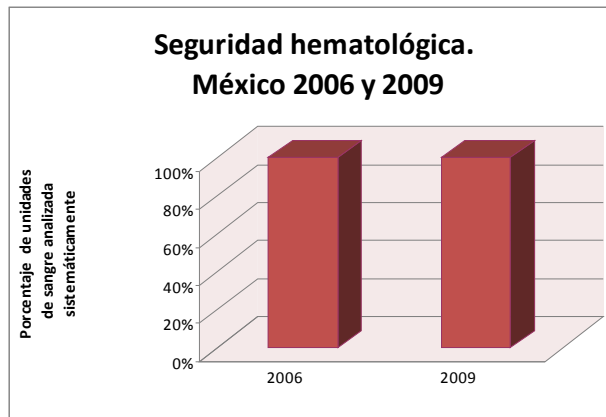
Si bien, se realiza la serología para el VIH en donadores de sangre y los casos de transmisión del VIH por transfusiones sanguíneas y hemoderivados han disminuido hasta prácticamente desaparecer; en el país se han presentado casos de transfusión de sangre contaminada con el VIH: uno en el IMSS (Morelos, 2002), otro en la Secretaría de Salud (Veracruz, 2003) y recientemente dos casos más en el IMSS (DF, 2008). Estos casos, han estado relacionados a diversas acciones incorrectas, así como a omisiones en las que incurrió el personal médico, para las cuales se han tomado medidas correctivas, tales como la capacitación del personal sobre las medidas necesarias.

Para los últimos dos casos de VIH por transfusión sanguínea y hemoderivados (2008), fue emitida la Recomendación 42/2009 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), que está en proceso.

¹⁵ Se subraya que, en los registros del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea es posible que el total de las donaciones registradas (recibidas) no correspondan al total de unidades analizadas, debido a que en los casos de autoexclusión, rotura, defectos de recolección y lipemias no se realiza en análisis, pues se asume que dicha sangre no es candidata a ser trasfundida, no obstante, la donación queda registrada.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Gráfico 8



Fuente: SS/Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. Informe mensual de ingresos y egresos de sangre, de sus componentes y pruebas de detección de Enfermedades de Transmisión por Transfusión. México. Datos correspondientes al año 2006 y 2009

Aportaciones de las OSC

Las organizaciones de la sociedad civil, ratificaron el conocimiento de los dos casos de infección por VIH que se presentaron en 2008 y señalaron que los estos casos fueron en niños y que éstos siguen vivos. Asimismo, señalaron que es difícil asegurar que el 100% de la sangre sea segura.

Indicador 7. Las pruebas del VIH en población general

Análisis del indicador

El conocimiento del estado serológico con respecto al VIH, es fundamental, tanto para protegerse a sí mismo como para evitar nuevas infecciones, además dicho conocimiento puede ser un factor determinante que conduzca a las personas a buscar tratamiento oportuno. Por lo tanto, es importante que un país tenga conocimiento sobre el número de personas que se somete a la prueba del VIH y conoce el resultado de éstas.

No obstante, existen dificultades para conocer este número, en virtud de que la metodología de cálculo propuesta por ONUSIDA para la recolección de la información requerida para este indicador, son las encuestas poblacionales; las cuales, en México, no incorporan las preguntas necesarias para responder este indicador.

Por otra parte, tampoco es posible saber cuánta población conoce sus resultados, a través de fuentes de información de servicios otorgados. Las pruebas de detección del VIH que se realizan en población general, son registradas, tanto su número como su resultado, en los sistemas de información de cada una de las instituciones que conforma el sistema público

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

de salud.¹⁶ Sin embargo, estos sistemas de información no recuperan si la población que se sometió a la prueba del VIH conoce los resultados. La mecánica de aplicación de las pruebas rápidas de detección del VIH, supone que la población que se somete a las mismas, conoce inmediatamente sus resultados; sin embargo, en las pruebas de laboratorio es indispensable que la población regrese a buscar sus resultados y es ese momento, el que no se registra en los sistemas de información.

Por estas razones, no se dispone de información para responder el indicador porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.

Aportaciones de las OSC

Respecto a este indicador, las OSC's mostraron preocupación en cuanto al acceso a la prueba de detección del VIH, particularmente en jóvenes menores de 18 años, ya que para hacerse la prueba, el personal de salud les requiere el permiso del padre o tutor, situación que representa una barrera de acceso para los jóvenes, lo cual se traduce en diagnósticos de infección por VIH tardíos. Subrayaron sobre todo preocupación por los jóvenes (15-24 años), por ser la población en la que se presentan la mayor parte de las nuevas infecciones de VIH.

Por otro lado, se mencionó la necesidad de desarrollar campañas de prevención enfocadas a mujeres para que conozcan la vulnerabilidad que tienen a adquirir el VIH y se hagan la prueba.

Indicador 8.1. Las pruebas del VIH en *hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)*

La importancia de la detección oportuna del VIH en poblaciones clave, adquiere mayor relevancia en países con epidemias concentradas como México, en virtud de la oportunidad que esta estrategia preventiva representa para evitar nuevas infecciones y proporcionar tratamiento oportuno en las poblaciones más afectadas por el VIH/SIDA.

Análisis del indicador

Como en el indicador anterior, la metodología de cálculo propuesta por ONUSIDA para la recolección de la información, son las encuestas en población clave. A diferencia de las encuestas poblacionales que tienen una cobertura mayor, dada por la experiencia en técnicas y métodos de muestreo para entrevistar a población general, así como por ser una población de fácil

¹⁶ En población derechohabiente son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR) y el Seguro Popular. En población no derechohabiente es: la Secretaría de Salud (SS).

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

acceso; las encuestas dirigidas a población de difícil acceso, básicamente por su condición de vulnerabilidad y el estigma asociados al VIH o los sujetos más afectados, se realizan generalmente en ciertas ciudades, donde se reconoce una mayor concentración de HSH, así como una mayor afectación del VIH. Estas encuestas si bien no cuentan con representatividad a nivel estatal y/o nacional, utilizan distintas metodologías especializadas para el estudio de grupos de difícil acceso, las cuales nos permiten saber qué está pasando con estas poblaciones en cuanto al conocimiento de su estado serológico. Sin embargo, se reconoce que, como en todos los fenómenos sociales, existen diferencias dependiendo los contextos en donde estos se desarrollen.

Para conocer el porcentaje de HSH que se sometieron a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados; se utilizaron los resultados de un estudio realizado por PSI-México¹⁷, en Cancún, Ciudad de México, Guadalajara y Veracruz; a través de un muestreo guiado por el encuestado.¹⁸,

La mitad de los HSH entrevistados se sometió a una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados (49.9%). En comparación con el informe anterior, esta cifra se mantiene sin cambios, pues en el 2008 fue de 53.6%.

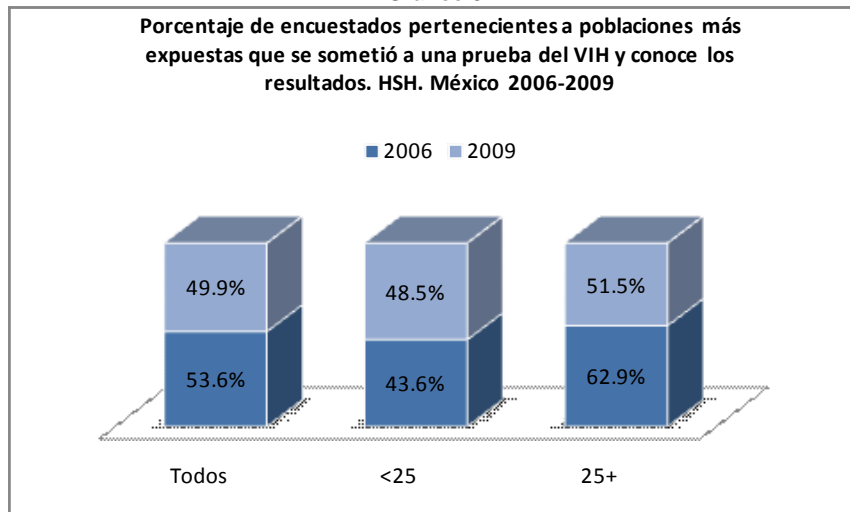
¹⁷ Ospina, A. Prevención de VIH/SIDA Estudio TRaC Evaluando uso de condón entre Hombres que tienen Sexo con Hombres en Cancún, Ciudad de México, Guadalajara y Veracruz. Segunda ronda. Population Services International - PSI México, AC. México, 2009

¹⁸ La metodología seguida para el levantamiento de la información que se utilizó para responder este indicador, consistió Los datos se levantaron bajo una estrategia de muestreo guiado por el encuestado (MGE). MGE trabaja a través de la selección de semillas o entrevistados iniciales, a los cuales se les pide que recluten a tres personas como máximo que ellos conocen y que cumplen los criterios definidos para el estudio. Este método, permite el reclutamiento de personas difíciles de abordar y opera de manera similar al muestreo por “bola de nieve”, pero es probabilístico, en tanto cada semilla sólo puede reclutar sólo un número limitado de personas (3 personas). El número mínimo de HSH para calcular las tres tablas del “tablero de instrumentos”: monitoreo, segmentación y evaluación fue de 750 A cada semilla se le otorgaron 3 cupones para distribuir entre 3 de sus amigos. Todos los HSH referidos en el estudio fueron tamizados por el supervisor del equipo, de modo que sólo aquellos que cumplieron los criterios de inclusión fueron entrevistados. Después de haber completado la entrevista, las personas recibieron un incentivo por su participación y, a su vez, cada entrevistado recibió 3 cupones de referencia (con códigos únicos de serie) para que los distribuyera entre 3 HSH que ellos conocen y que cumplan con los criterios de inclusión. El proceso fue repetido hasta obtener la muestra requerida en cada ciudad. Las entrevistas fueron realizadas en oficinas de la agencia de investigación contratada en cada ciudad, en cuyas instalaciones debían presentarse los sujetos. Para garantizar la confidencialidad de la información y reducir las fuentes de error de la captura, las encuestas se aplicaron a través de computadores de mano (PALM). Este estudio fue de seguimiento en segunda ronda de recolección de datos.

Es importante señalar que, el presente estudio no preguntó si habían recibido el resultado, debido a que una encuesta aplicada en 2007, reveló que el 95.8% de los sujetos que se habían hecho la prueba habían conocido los resultados de la misma.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Gráfico 9



Fuente:

Gayet Cecilia, Magis Carlos, et al. Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. SS/Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México, 2007.

Ospina, A. Prevención de VIH/SIDA Estudio TRaC Evaluando uso de condón entre Hombres que tienen Sexo con Hombres en Cancún, Ciudad de México, Guadalajara y Veracruz. Segunda ronda. Population Services International - PSI México, AC. México, 2009

Indicador 8.2. Las pruebas del VIH en usuarios de drogas inyectables (UDI)

Análisis del indicador

El uso de drogas inyectables en nuestro país, se presenta con mayor frecuencia y es más visible en los estados del norte del país; debido a que es una práctica común en esta zona fronteriza con Estados Unidos y existe un mayor acceso a drogas de este tipo. Por esta razón, generalmente, los estudios sobre VIH y UDI se realizan en esta zona. No obstante, según registros oficiales de información se tiene registrados casos de UDI en todas las entidades federativas de la República Mexicana, por lo que esta práctica esta presente a lo largo del territorio nacional, en diferentes magnitudes.

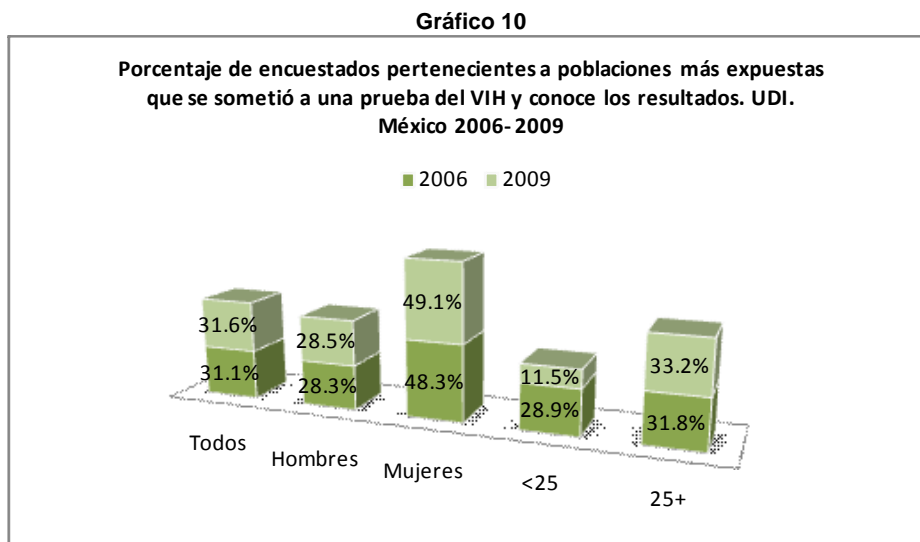
El estudio utilizado¹⁹ para reportar el porcentaje de UDI que se sometieron a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados, se realizó en Mexicali (Baja California), San Luis Río Colorado (Sonora) y Algodones (Baja California), a través la aplicación de una encuesta a sujetos que asisten a las brigadas de intercambio de jeringas que realiza Population Services International - México (PSI-México).²⁰

¹⁹ Ospina, A. Comportamientos de Riesgo y Factores Asociados entre Usuarios de drogas inyectadas en Mexicali, Algodones y San Luis Río Colorado. Segunda ronda. Population Services International - PSI México, AC. México, 2009

²⁰ En octubre de 2007 PSI/México condujo un estudio de línea de base para el seguimiento de su Programa de Prevención de VIH/SIDA entre UDI en Mexicali y San Luis Río Colorado (SLRC) y Algodones. El estudio de seguimiento en 2009, fue la segunda ronda de recolección de datos. Las encuestas TRaC proveen evidencia para el uso activo en la toma de decisiones

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS/SIDA México 2010

Tres de cada diez UDI entrevistados se sometió a una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados (31.6%). En comparación con el informe anterior, esta cifra se mantiene sin cambios, pues en el 2008 fue de 31.1%.



Fuente: SS/CENSIDA. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento en Usuarios de Drogas Inyectables. México, 2003. Ospina, A. Comportamientos de Riesgo y Factores Asociados entre Usuarios de drogas inyectadas en Mexicali, Algodones y San Luis Río Colorado. Segunda ronda. Population Services International - PSI México, AC. México, 2009

Aportaciones de las OSC

En este punto, las OSC, muestran preocupación respecto la confiabilidad de las pruebas de detección del VIH. Asimismo, mencionaron que, no en todos los casos, las pruebas de detección y sus resultados son confidenciales y van acompañadas de consejería.

Cuestionaron la representatividad de estas encuestas, por tratarse de estudios locales. Por otro lado, señalaron la necesidad de que un mayor número de OSCs tengan presupuesto para encuestar a las poblaciones con las que trabajan y tengan un fortalecimiento de capacidades técnicas para aplicar cuestionarios y metodologías que les permita llevarlas a cabo.

de mercadeo social, al mismo tiempo que ayudan a medir el impacto de diferentes intervenciones y actividades de los proyectos. La encuesta sirve como herramienta para informar a la programación, a través de la recolección rutinaria de datos de sectores representativos de poblaciones en riesgo por VIH y otros resultados adversos de la salud. La encuesta se aplicó entre los sujetos que asisten a las brigadas de intercambio de jeringas que realiza PSI en Mexicali, San Luis Río Colorado y Algodones y los referidos que lleven consigo y pasen los filtros del estudio. En ese sentido, no pretende ser representativa. A cada encuestado se le da en agradecimiento por su participación en el estudio \$50 en efectivo y \$20 más por cada referido que lleve para ser encuestado y que pase los filtros. El levantamiento de campo tuvo lugar en el mes de octubre de 2009 .

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

También, mostraron preocupación por los pocos datos existentes y cuestionaron que no haya datos provenientes de los Programas Estatales de la Secretaría de Salud, así como de otras instituciones del sector salud público, especialmente el IMSS.

Finalmente apuntaron, que es importante reflejar el trabajo que la sociedad civil está haciendo y no únicamente lo que realiza el sector salud. En este sentido, algunas organizaciones mencionaron que han llevado a cabo encuestas.

En el marco de la discusión para este indicador, que hace referencia a MTS, HTS, HSH y UDI, las OSC manifestaron la necesidad de incluir otros grupos específicos, tales como transvestis, transgéneros, transexuales e intersexuales (TTTI) y privados de la libertad (PL), pidiendo que estas poblaciones formen parte de estadísticas como grupos diferenciados y con características propias. Señalaron que no tienen validación de existencia porque, entre otras cosas, no existen estadísticas dedicadas a éstas. Finalmente, señalan que es importante que se reporten datos sobre discriminación y cómo ésta afecta la vulnerabilidad de las poblaciones para adquirir el VIH.

En este sentido, comentaron que es necesario que se establezca un programa para eliminar la discriminación ligada al VIH.

En TS, las organizaciones comentaron que, existen reglamentos locales que violentan los derechos humanos de las trabajadoras/es sexuales (TS), debido al control sanitario a la que son sometidas y al considerarlas sujetos de contagio de otras poblaciones. En los bandos de policía y buen gobierno del nivel municipal, existen disposiciones para realizar la prueba de VIH obligatoria a las MTS, como condición para poder trabajar y en muchas ocasiones de manera no gratuita. Por esta situación, cuestionaron el acceso libre e informado a los servicios de prevención para el TS.

Indicador 9. Poblaciones más expuestas: programas de prevención

Para prevenir la propagación del VIH en las poblaciones clave y en la población general, no sólo es importante que existan programas preventivos dirigidos a estas poblaciones, sino que es indispensable que dichas poblaciones tengan acceso a los servicios. Sin embargo, se reconoce la dificultad de alcanzar a las poblaciones más expuestas con programas de prevención del VIH, debido a múltiples factores que van desde contar con los recursos económicos para acceder a los servicios, hasta por el estigma y discriminación asociados al VIH y a los grupos más afectados por el virus.

Para el cálculo de estos indicadores, se utilizó un sistema de monitoreo continuo de poblaciones vulnerables del CENSIDA²¹, el cual es realizado por los Programas Estatales de VIH/SIDA e ITS de la Secretaría de Salud y concentrado en un sistema de información por el CENSIDA. Este sistema se

²¹ SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2008-2009.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

basa en la aplicación de cédulas de información, a la población que se realiza una prueba rápida de detección del VIH.²²

Indicador 9.1 Trabajadoras/es sexuales (TS): programas de prevención

Análisis del indicador

El porcentaje de TS a los que llegan los programas de prevención del VIH fue 59.6%, el cual no presenta diferencias significativas por sexo o grandes grupos de edad (< 25 años y 25 años o más).

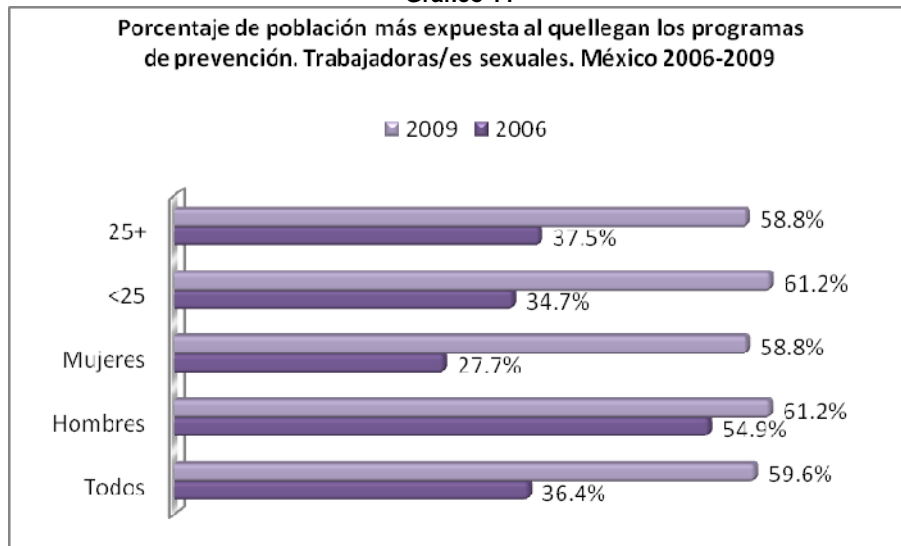
El informe anterior, reportó un porcentaje menor (36.4%). En este sentido, los datos muestran la existencia de una diversidad de contextos en los que hay mayor o menor acceso a servicios de prevención en este grupo de población.

Para la valoración de avances o retrocesos, es necesario tomar en cuenta que, los estudios utilizados en el presente informe y el anterior no son estrictamente comparables, ya que el presente informe utilizó un estudio realizado en todas las entidades federativas, pero con diferentes tipos de muestreo; mientras que en el informe anterior, los datos provenían de una encuesta realizada en tres ciudades, con un muestreo recomendado para el trabajo con estas poblaciones.

²² El sistema denominado Monitoreo de Poblaciones Vulnerables, concentra información de un cuestionario aplicado por los Programas Estatales de VIH/SIDA e ITS de la Secretaría de Salud, de manera continua, a las poblaciones más expuestas. El cuestionario se aplica a estas poblaciones al momento de recibir un servicio (aplicación de la prueba rápida de detección del VIH). Los lugares de toma de muestra y aplicación del cuestionario, pueden ser centros de salud, "picaderos", zonas roja, bares o centros nocturno y servicios de organizaciones no gubernamentales. Para el cálculo de estos indicadores (9.1, 9.2 y 9.3), se excluyeron los centros de salud y los servicios de organizaciones no gubernamentales, debido que se asume que la población que acudió a éstos lugares sabía donde recibir atención y/o hacerse la prueba de detección del VIH.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Gráfico 11



Nota: En la gráfica se están reportando los datos que hacen referencia a aquellos que contestaron afirmativamente ambas preguntas que se les hicieron, en relación a si sabían a dónde acudir si deseaba realizarse la prueba del VIH y si le habían suministrado preservativos durante los últimos 12 meses.

Fuente: Gayet Cecilia, Magis Carlos, et al. Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. SS/Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México, 2007.
SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2008 y 2009

Indicador 9.2 Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH): programas de prevención

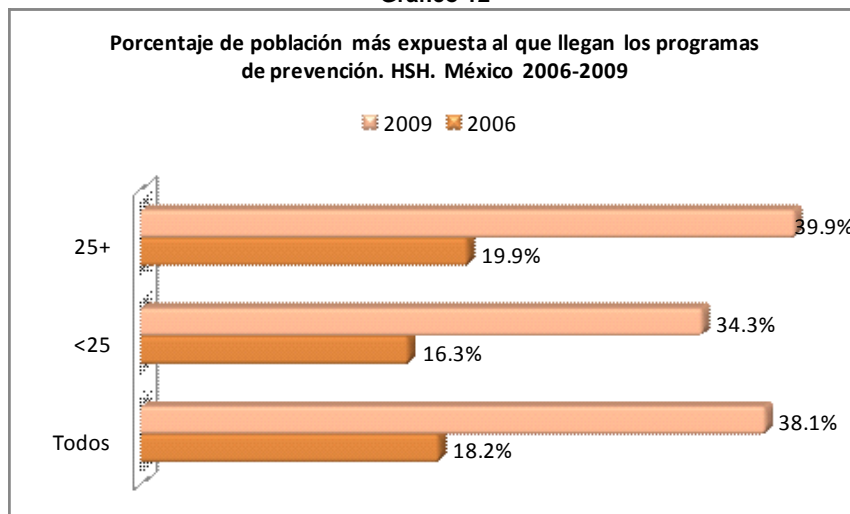
Análisis del indicador

El porcentaje de HSH a los que llegan los programas de prevención del VIH fue 38.1%, el cual presenta una ligera diferencias por sexo grandes grupos de edad, siendo mayor en población de 25 años o más que en menores de 25 años (39.9% y 34.3%, respectivamente).

El informe anterior, reportó un porcentaje más bajo (18.2%). Nuevamente, los datos muestran la existencia de una diversidad de contextos en los que hay mayor o menor acceso a servicios de prevención en HSH. Para la valoración de avances o retrocesos, es necesario tomar en cuenta que, los estudios utilizados en el presente informe.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS/SIDA México 2010

Gráfico 12



Nota: En la gráfica se están reportando los datos que hacen referencia a aquellos que contestaron afirmativamente ambas preguntas que se les hicieron, en relación a si sabían a dónde acudir si deseaba realizarse la prueba del VIH y si le habían suministrado preservativos durante los últimos 12 meses.
Fuente: Gayet Cecilia, Magis Carlos, et al. Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. SS/Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México, 2007.
SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2008 y 2009

Indicador 9.3 Usuarios de drogas inyectables (UDI): programas de prevención

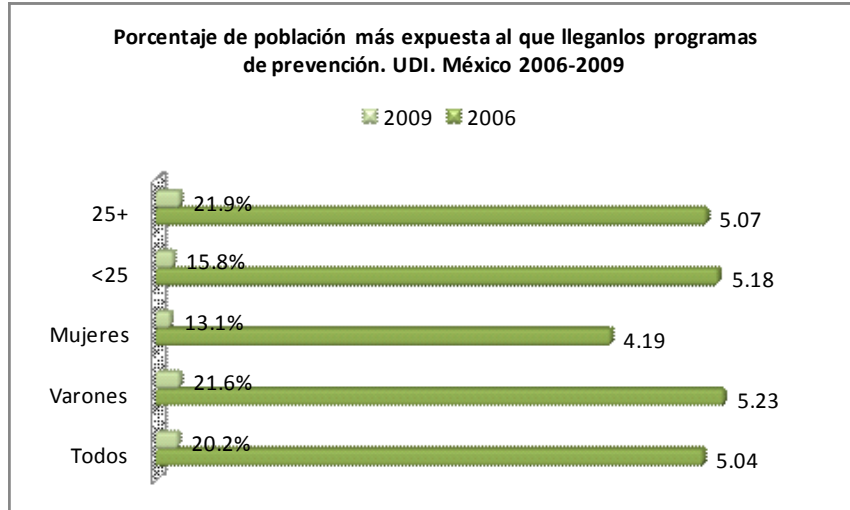
Análisis del indicador

El porcentaje de UDI a los que llegan los programas de prevención del VIH fue 20.2%, el cual presenta una ligera diferencias por sexo y por grandes grupos de edad, siendo mayor en varones que en mujeres (21.6% y 13.1%, respectivamente) y ligeramente mayor en personas 25 años o más en comparación con menores de 25 años (21.9% y 15.8%, respectivamente).

El informe anterior, reportó un porcentaje más bajo (5.0%). Nuevamente, los datos muestran la existencia de una diversidad de contextos en los que hay mayor o menor acceso a servicios de prevención en UDI. Para la valoración de avances o retrocesos, es necesario tomar en cuenta que, los estudios utilizados en el presente informe y el anterior no son estrictamente comparables, como se comentó para los dos indicadores anteriores.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS/SIDA México 2010

Gráfico 13



Nota: En la gráfica se están reportando en 2006, los datos que hacen referencia a aquellos que contestaron afirmativamente tres preguntas y en 2009 a los que contestaron dos. Se les preguntó si sabían a dónde acudir si deseaban realizarse la prueba del VIH, si le habían suministrado preservativos durante los últimos 12 meses, y si habían recibido equipo de inyección estéril durante los últimos 12 meses., esta última sólo aplicable para los datos de 2006.

Fuente:

Fuente: Universidad de California San Diego, SS/Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. Encuesta de Base Proyecto El Cuete. México. Datos al 30 de junio de 2007. SS/CENSIIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2008 y 2009

Aportaciones de las OSC

Entre los puntos más importantes que las OSC mencionaron, fue la situación concreta en que se encuentran poblaciones como PPL y TTTI y el poco acceso que tienen a los programas de prevención, pues en el caso de PPL, el control y el acceso es mucho más restringido. Les interesó saber qué trabajo está haciendo la Secretaría de Salud (SS) en PPL. Otra de las poblaciones por las cuales manifestaron preocupación son los adolescentes, pues señalaron que estos están iniciando su vida sexual a edades muy tempranas, pero que no se acercan a las instituciones de salud, porque se les niegan el acceso a condones, por lo que en muchas ocasiones prefieren acercarse a OSCs.

En el caso concreto de UDI, las OSC con trabajo en estas poblaciones, apuntaron que no cuentan con pruebas Western Blot porque no hay recursos y lo anterior dificulta realizarles pruebas a esta población, cuando en pruebas rápidas han salido positivas. Además, señalaron que ser UDI y MTS complica la situación, en promedio se les entrega 30 condones al mes, lo cual no es suficiente para ellas y las jeringas que se les reparte son de mala calidad, por lo cual se quiebran y se les quedan dentro de las venas. Además, refirieron que esta población no tiene donde atenderse, pues cuando las llevan al CAPASITS generalmente no las atienden. También, manifestaron que existen MTS y otras poblaciones que no saben a dónde acudir a realizarse la prueba.

Consideraron importante saber el número de condones que se les da a las poblaciones clave y la calidad de los mismos. En este sentido, sugirieron que dada la diversidad y particularidad de poblaciones vulnerables podría ser

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

funcional preguntar sobre el número de condones que ha recibido y se valore en función del tipo de población a quien se está dirigiendo así como la instancia a la que tuvo acceso, e incluso preguntar sobre si se lo vendieron.

Indicaron que si bien existe una política de acceso a condones cuando la gente acude a los servicios de salud no hay la disponibilidad necesaria de los mismos, por lo que se les entregan uno o dos condones, ya que éstos son distribuidos en el área de Salud Reproductiva. También señalaron que en algunas entidades de la República las autoridades conservaduristas impiden el reparto de condones por las autoridades de salud. Finalmente, señalaron que, a pesar de que el condón femenino es contemplado en las políticas nacionales, no se ha obtenido el registro sanitario para el de segunda generación y el de primera generación ya no se produce. Por ello, es necesario hacer un monitoreo sobre la compra el condón femenino en los estados para garantizar el ejercicio eficaz de los recursos.

En México, al existir un sistema de salud fragmentado hoy en día no se encuentra disponible al 100% el condón femenino en todo el sistema nacional de salud.

El caso de los adolescentes señalaron que los menores de edad, tienen dificultad para acceder a condones o hacerse la prueba de detección del VIH, lo cual, significa que están invisibilizados a pesar de que sabemos que inician su vida sexual a muy temprana edad.

Indicador 13. Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH

El conocimiento acerca del VIH es indispensable, aunque no suficiente, para la adopción de comportamientos que reducen el riesgo de transmisión.

Sin embargo, existen dificultades para medir este indicador, en virtud de que la metodología de cálculo propuesta por ONUSIDA para la recolección de la información requerida para este indicador, son las encuestas nacionales poblacionales o las dirigidas a jóvenes realizadas en México, no incorporan las preguntas necesarias para responder este indicador.

Indicador 14. Poblaciones más expuestas: conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH

Las epidemias concentradas se caracterizan por la transmisión sexual o el uso de equipo de inyección contaminado en población clave. Los conocimientos adecuados sobre la transmisión el VIH, son indispensable, aunque no suficientes, para la adopción de comportamientos que reducen el riesgo de transmisión en las poblaciones más afectadas por el VIH.

Sin embargo, nuevamente existen dificultades para medir este indicador en el país, en virtud de que las encuestas realizadas en población clave en el país, han preferido la medición del comportamiento y no del conocimiento, precisamente porque se considera no suficiente para evitar la transmisión del

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

VIH. Por esta razón, no hay información disponible para responder este indicador.

Aportaciones de las OSC

Los comentarios que se hicieron de los indicadores 13 y 14, giraron en torno a que, si se dispone de estudios sólo se cuenta con datos locales y no existe un estudio que tenga representatividad nacional. Las organizaciones señalaron que es muy importante contextualizar datos que tienen representatividad local, pues no reflejan lo que sucede a nivel nacional, por lo tanto se manifiestan en contra de enviar datos que hagan referencia a una región o ciudad específica.

Además, señalaron la necesidad de contar con datos nacionales, y profundizar en el análisis de género, pues se cree que las mujeres tienen menos conocimiento que los hombres.

Es fundamental desarrollar campañas enfocadas a la población joven sobre la prevención del VIH y el uso de los condones femeninos y masculinos.

Indicador 18. Trabajadoras/es sexuales: uso del preservativo

En el TS existen factores que aumentan el riesgo de exposición al VIH, tales como las múltiples parejas ocasionales y las relaciones sexuales más frecuentes. Sin embargo, es posible disminuir este riesgo, tanto para las/os TS como para sus clientes, a través del uso sistemático y correcto del preservativo.

Para el cálculo de estos indicadores, se utilizó nuevamente el sistema de monitoreo continuo de poblaciones vulnerables del CENSIDA.²³

Análisis del indicador

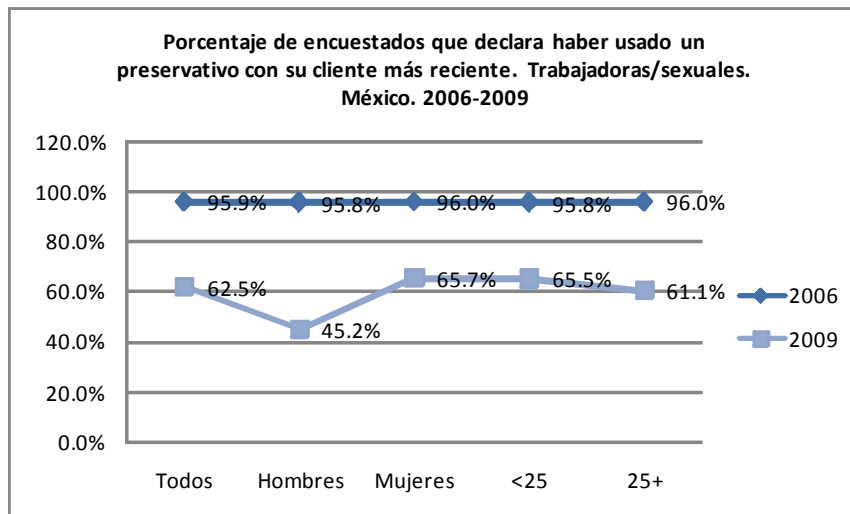
Seis de cada diez TS declararon haber usado un preservativo con su último cliente, sin embargo, se observan grandes diferencias por sexo, pues las mujeres declararon un mayor uso que los varones, con una diferencia de casi 20% (65.7% y 45.2%, respectivamente); pero sin diferencias significativas por grupos de edad.

En el informe 2008, el estudio utilizado arrojó un porcentaje del 95.9%, lo cual nuevamente demuestra la diversidad de prácticas al interior de los TS, así como el sesgo que puede existir en las declaraciones de los entrevistados. Nuevamente, para la valoración de avances o retrocesos, es necesario tomar en cuenta que, los estudios utilizados en el presente informe y el anterior no son estrictamente comparables.

Gráfico 14

²³ SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2008-2009.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS/SIDA México 2010



Fuente:

Fuente: Gayet Cecilia, Magis Carlos, et al. *Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México*. SS/Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México, 2007.

SS/CENSIDA. *Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables*. Datos 2008 y 2009

Aportaciones de las OSC

Las OSC, sugirieron medir el uso del condón en última relación sexual no afectiva, pues consideran que hay diferencias importantes en el uso del condón con clientes y con parejas afectivas.

Señalaron también que, tienen derecho a la protección de la salud, al pagar sus impuestos y que, por lo tanto, es una obligación del estado comprar condones y generar políticas de prevención, en el marco del Programa Nacional, lo cual consideran que no se está realizando cabalmente.

Nuevamente, señalaron que, es fundamental asegurar el registro sanitario del condón femenino de segunda generación porque el de primera generación ya no se produce y que esté incluido en todos los cuadros básicos e insumos para la salud.

Indicador 19. Hombres que tienen sexo con otros hombres: uso de preservativo

El uso sistemático y correcto del preservativo reduce fuertemente el riesgo de adquirir el VIH, lo cual es particularmente importante en poblaciones como la de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres por el alto riesgo de transmisión del VIH durante el coito anal no protegido. Adicionalmente, los HSH pueden tener parejas del sexo femenino, que igualmente podrían infectarse.

Análisis del indicador

63.6% de los HSH declararon haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina; sin mostrarse diferencias significativas por grupos de edad.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS/SIDA México 2010

En el informe 2008, el estudio utilizado arrojó un porcentaje del 79.4% de uso de condón, lo cual nuevamente demuestra la diversidad de prácticas al interior de los HSH, así como el sesgo que puede existir en las declaraciones de los entrevistados. Para la valoración de avances o retrocesos, se sugiere tomar en cuenta los elementos que hemos señalado anteriormente para otros indicadores.

Gráfico 15



Fuente: Fuente: Gayet Cecilia, Magis Carlos, et al. Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. SS/Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México, 2007. SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2008 y 2009

Aportaciones de las OSC

Las OSC señalaron que, si bien existe acceso y uso del condón en poblaciones clave, éste no lo cubre siempre la SS, pues en la realidad tanto los TS, como los HSH deben conseguir los condones, a través de otras vías que no siempre es la institucional, por lo tanto pidieron que se aclarara en el informe que, estos porcentajes de acceso y uso presentados no son cubierto en su totalidad por la SS. El condón femenino es accesible de manera muy limitada.

Indicador 20. Usuarios de drogas inyectables: uso del preservativo

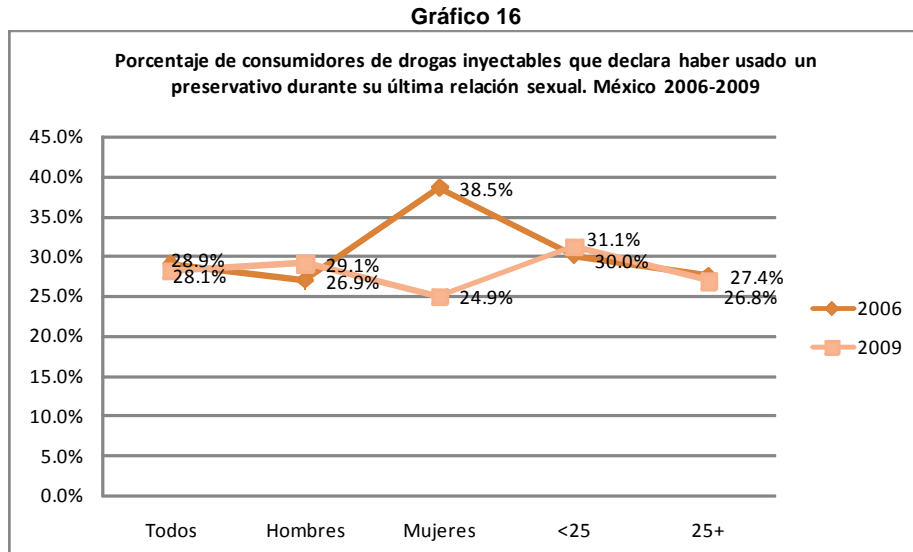
En los usuarios de drogas inyectables, es necesario prevenir las transmisión sanguínea y la sexual, debido a que, el riesgo de transmisión del VIH por el uso de equipo de inyección contaminado es el más efectivo y los UDI pueden propagar la infección del VIH a través de la vía sexual a la población general.

Análisis del indicador

28.1% de los UDI declararon haber usado un preservativo durante su última relación sexual; sin mostrarse diferencias significativas por sexo o grupos de edad.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

En el informe 2008, se observa un porcentaje similar (28.9%), lo cual evidencia el bajo uso de condón es esta población. Para la valoración de avances o retrocesos, se sugiere tomar en cuenta los elementos que hemos señalado anteriormente para otros indicadores.



Fuente: SS/CENSIDA. Encuesta a Poblaciones Vulnerables. México. Datos a nivel nacional al 31 de diciembre de 2007. SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2008 y 2009

Aportaciones de las OSC

Las OSC señalaron que, en ocasiones, los jóvenes UDI a los que llegan programas y tienen acceso a condones, éstos los usan para lubricar las jeringas y no para tener relaciones sexuales.

Además, señalaron la importancia de conocer otras especificidades de esta población, en concreto la intersección con otras poblaciones, por ejemplo, cuántos UDI son también HSH, lo anterior llevaría a diseñar programas aún más específicos de prevención.

También, hicieron notar que el empleo de drogas, es en sí una práctica de riesgo, aún sin caer dentro de la categoría de inyectables, pues orilla a ejercer prácticas de riesgo. Sugieren que se estudie también a otros usuarios de drogas, pues existe más población que usa drogas no inyectables (en comparación con las inyectables) y que está teniendo prácticas sexuales de riesgo para la infección por VIH.

Por otro lado, las organizaciones cuestionaron la validez de los estudios realizados en UDI, cuando ellos se encuentran bajo el influjo de sustancias tóxicas, en virtud de que pueden contestar información no confiable.

Finalmente, se mencionó nuevamente que el uso, no necesariamente se traduce en acceso total a los condones.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

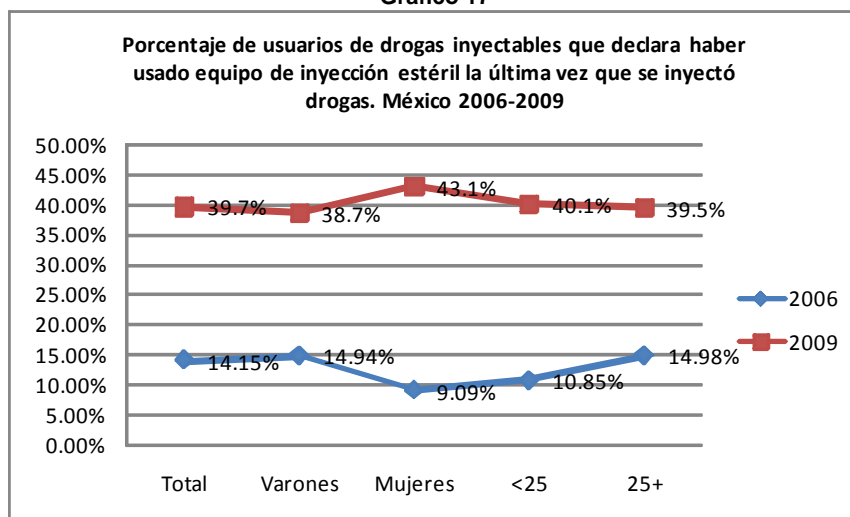
Indicador 21. Usuarios de drogas inyectables: práctica de inyecciones seguras

Análisis del indicador

Cuatro de cada diez UDI declararon haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron; sin observarse diferencias significativas por sexo o grupos de edad.

En el informe 2008, se observa un porcentaje más bajo (14.2%). Para la valoración de avances o retrocesos, se sugiere tomar en cuenta los elementos que hemos señalado anteriormente para otros indicadores.

Gráfico 17



Fuentes: Fuente: Universidad de California San Diego, SS/Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. *Encuesta de Base Proyecto El Cuete*. México. Datos al 30 de junio de 2007. SS/CENSIDA. *Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables*. Datos 2008 y 2009

Aportaciones de las OSC

Las OSC subrayaron que, en muchos lugares, particularmente en los centros de salud, los UDI son tratados como delincuentes y no como enfermos. Lo anterior, lleva a una discriminación sistematizada que ocasiona que esta población no se acerque a los programas de prevención, lo supone una disminución en el acceso a jeringas y a compartir las mismas. En algunos lugares concretos, como en Tijuana, señalan que no tienen acceso a jeringas ni aún comprándolas, pues no se les vende en las farmacias.

Propusieron que el Estado facilite las jeringas de insulina, a través de la creación de algún programa específico.

Finalmente, reflexionaron sobre la necesidad de que se añadiera un indicador que permitiera medir el comportamiento sexual bajo el influjo de la droga (no inyectables).

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Lo anterior, apareció, en opinión de las OSC, como una tarea urgente, pues indicaron que no debemos esperar a que los casos de infección por VIH aumenten por el uso de drogas, de mayor uso que las inyectables; por lo que consideraron muy importante impulsar los programas de prevención en la población que las consume.

3.3 Atención y tratamiento

Indicador 4. Tratamiento del VIH: terapia antirretrovírica

En México, como en el mundo, un mayor número de personas alcanza fases avanzadas de la infección por el VIH, las cuales requieren terapia antirretrovírica para evitar la mortalidad y elevar su calidad de vida. En el país, se logró el acceso universal al tratamiento ARV desde finales del 2003, por lo que desde entonces el principal reto ha sido mantenerlo.

Análisis del indicador

La metodología general propuesta por el ONUSIDA, fue la usada para el cálculo de este indicador. En el numerador se incluye las personas en tratamiento ARV de las instituciones del sector público, a la cual se le adiciona las estimaciones de SEMAR y privados, de los cuales no se obtuvieron datos de registro de personas en tratamiento ARV, cifra que para 2009 asciende a 60,911 personas en tratamiento ARV.²⁴ El denominador, corresponde, en su rango inferior, a las estimaciones que el CENSIDA realiza con el ONUSIDA, con el programa *Spectrum*; y en su rango superior, a las estimaciones realizadas por el CENSIDA mediante otras técnicas.²⁵

²⁴ IMSS, Unidades Médicas de Alta Especialidad. Datos al 31 de diciembre de 2008 y 2009. SS/CENSIDA. SALVAR. Datos a diciembre de 2008 y 2009. ISSSTE. Departamento de Programas Sectoriales de Segundo y tercer nivel. Dirección médica. Cifras al 31 de diciembre de 2008 y 2009. PEMEX. Informes mensuales de medicina preventiva. Al 31 de diciembre de 2008 y 2009. SEDENA. Informes mensuales de tratamientos del Hospital Central Militar. Datos al 31 de diciembre de 2008 y 2009. SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA.

²⁵ Para el 2008 y 2009, las cifras del numerador, desagregadas por sexo y edad, fueron proporcionados directamente por las instituciones del GIS, a excepción del IMSS, el cual proporcionó únicamente el total de personas que recibieron TARV. A fin de poder desglosar la información de esta institución, se aplicó la distribución porcentual por sexo y edad de los casos en tratamiento ARV del IMSS, calculada por el CENSIDA con una base de datos de personas en tratamiento proporcionada por el IMSS al 31 de marzo de 2008. Asimismo, la distribución porcentual del Registro Nacional de Casos de SIDA (RNCS) para menores de 15 años (<1, 1-4, 5-14 años), fue aplicada a datos del ISSSTE, pues sólo contábamos con el total de menores de 15 años y 15 años o más. Para obtener una estimación de los casos de la SEMAR, privados y otros y su distribución por sexo y edad, se utilizó la distribución porcentual obtenida del Registro Nacional de Casos de SIDA (RNCS), la cual fue aplicada al total de personas en tratamiento ARV reportados por las instituciones pertenecientes al Grupo de Información Sectorial (GIS).

Para el denominador, rango inferior, las estimaciones provienen de las realizadas por ONUSIDA/CENSIDA y, en su rango superior, a las estimaciones realizadas por el CENSIDA.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

En este sentido, es importante mencionar que el CENSIIDA, al igual que otros países, no se encuentra conforme con las estimaciones *Spectrum*, en virtud de que se sobreestima los datos, siguiendo el patrón de epidemia africana. Asimismo, considera útil el cálculo de diferentes niveles de cobertura (efectiva, de contacto, de servicios aceptables, accesibles y disponibles) para el análisis del acceso a servicios de atención, tratamiento ARV y prevención.

México considera que el acceso universal a tratamiento ARV cubre a casi la totalidad de la población que lo requiere, por lo que el rango inferior de su estimación de cobertura para 2009 es de 82% y el rango superior es 95%, siendo la primera cifra (82%), la que se reporta en el presente informe.

Aportaciones de las OSC

Respecto a este indicador las OSC dijeron que era importante señalar que, en algunos lugares del sistema de salud público, cuando la gente no puede ir a recibir la TARV se les “castiga” y entonces ellos mismos tienen que ir a conseguir bajo sus propios medios, las pruebas de carga viral, lo que ocasiona que muchas veces abandonen el tratamiento.

También manifestaron que era importante considerar que existen poblaciones en condiciones críticas, como la PPL, que además de proporcionarles atención en referencia al VIH, también, deben diseñarse programas de atención a otras ITS que padecen. Asimismo dijeron que el acceso universal no debe circunscribirse únicamente a repartir antirretrovirales.

Además señalaron que, existe desabasto de medicamentos, lo que origina que la gente cambie de tratamiento, incluso mencionan que existen casos de falla en la TARV, por estar mal prescrita por el personal de salud.

Mencionaron que el estigma y discriminación que se genera a partir de pruebas obligatorias, donde se exhibe a las personas (haciendo referencia a MTS y HTS), éstos optan por trabajar en la clandestinidad dónde no se les harán pruebas, y ello genera que no accedan al tratamiento o bien si ya lo estaban tomando, lo abandonan. En este contexto señalan que no existe una consejería adecuada para el apego a tratamiento ARV.

Finalmente, mencionaron que a las mujeres con VIH en edad fértil que no tienen un método anticonceptivo efectivo, además del condón, se les sigue recomendando el uso de efavirenz a pesar de que la OMS recomienda suspender su uso en esos casos debido a sus efectos teratogénicos y en contra de las recomendaciones de la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH cuarta edición, editada por el CONASIDA de uso obligatorio para todo el Sistema Nacional de Salud, capítulo 4, tabla 25.

Indicador 5. Prevención de la transmisión materno infantil

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Los niños nacidos de mujeres con VIH y amamantados por ellas tienen una probabilidad aproximada de que uno de cada tres contraiga el virus. Sin embargo, cuando se realizan intervenciones preventivas, esta probabilidad de contagio se reduce significativamente, a través de enfoques complementarios de tratamientos antirretrovíricos para la madre, con o sin profilaxis para el lactante, la aplicación de prácticas seguras en el parto y el uso de prácticas más seguras para la alimentación del lactante.

Análisis del indicador

La metodología general propuesta por el ONUSIDA para la creación de este indicador, se utilizó para el cálculo del indicador.

En México, existen problemas para obtener un número confiable de mujeres que se encuentran en tratamiento ARV para prevenir la transmisión perinatal; debido a que los registros de las instituciones del sector salud público, tienen problemas para detectarlas claramente en sus sistema de información. Por esta razón, para el presente informe, se decidió utilizar únicamente, en el numerador, las cifras de las mujeres embarazadas con VIH que recibieron terapia ARV durante los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil en la Secretaría de Salud.²⁶

El denominador, se refiere la estimación de las embarazadas con VIH que son atendidas por la Secretaría de Salud, para lo cual, al número de embarazadas atendidas por esta institución²⁷, se le aplicó una medición reciente de la prevalencia²⁸ de infección por VIH en embarazadas.²⁹

En el 2009, la Secretaría de Salud tuvo registradas a 124 embarazadas infectadas por el VIH que recibieron terapia antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil; lo cual se traduce en una cobertura de 26%, respecto de las 485 embarazadas infectadas por el VIH que se estimaron fueron atendidas por la SS, este mismo año.

Es probable que la base de datos de la SS, esté afectada por el subregistro y que, en realidad, estén recibiendo tratamiento ARV, por parte de la Secretaría de Salud, un número mayor de embarazadas, no obstante, son sólo 124 embarazadas las que se reportaron en el SALVAR, al cierre del año 2009. Según datos del 2008, el porcentaje de detección del VIH en embarazadas

²⁶ SS/CENSIDA. SALVAR. Datos al 31 de diciembre de 2008 y 2009.

²⁷ SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Variable reportada: Consultas de primera vez por embarazo. Datos al 31 de diciembre 2009.

²⁸ SS/ CENSIDA. Sistema para el Registro y Explotación de la Información contenida en la Cédula para Prevenir la Transmisión Vertical del VIH/SIDA.

²⁹ Los numeradores para 2008 y 2009 se obtuvieron directamente del registro de personas en tratamiento ARV (SALVAR) de la Secretaría de Salud (SS). El denominador corresponde a una estimación de las embarazadas infectadas por el VIH en los últimos 12 meses, la cual se realizó de la siguiente manera: al número de mujeres embarazadas que acudieron a atención prenatal a la SS, se le aplicó el porcentaje de prevalencia de infección por VIH en este grupo (0.03%), obtenido a través del Sistema para el Registro y Explotación de la Información contenida en la Cédula para Prevenir la Transmisión Vertical del VIH/SIDA.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

atendidas por la Secretaría de Salud, fue 43%; por lo que asumiendo que: 1) al 40% de las embarazadas se le realizó al menos una prueba de detección del VIH; 2) ese porcentaje (40%) tenía el mismo riesgo de infección que el 60% al que no se le hizo una prueba de detección del VIH; y 3) a todas las embarazadas detectadas con VIH se les otorga en tratamiento ARV; el porcentaje de embarazadas que recibieron terapia antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil, podría oscilar entre 26% y 40%. Sin embargo, la evidencia registrada apunta hacia 26%.

Para los indicadores 4 y 5 no procede la comparación con el informe 2008, debido a que, los supuestos para el cálculo, fueron totalmente diferentes.

Aportaciones de las OSC

Para este indicador, las OSC manifestaron preocupación por las embarazadas a las que no se están detectando, es decir a aquellas que no tienen acceso a la prueba. En este tema señalan, que la detección oportuna en mujer embarazada previene la infección en el recién nacido. Por lo tanto, subrayaron que, no se puede permitir que haya una infección más por esta vía, porque son prevenibles.

Apuntaron además que, en la realidad no hay acceso, ni seguimiento para muchas mujeres embarazadas, pues no existe cobertura total de la prueba de detección, debido a que ésta no es ofrecida al 100% de las mujeres embarazadas, ni de manera rutinaria. Algunas OSC apuntaron que, con base en estudios propios, calculan que sólo al 25% de mujeres se les ofrece la prueba de detección del VIH en la SS, cifra que baja al 15% en el IMSS.

Se señaló la necesidad de garantizar el abasto de antirretrovirales y fórmula láctea para la prevención de la transmisión vertical.

Se comentó que al excluir al IMSS y al ISSSTE de algunos de los indicadores del presente informe no puede considerarse en sentido estricto como de país, sino solamente de la Secretaría de Salud.

Indicador 6. Cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

La tuberculosis (TB) es la principal infección oportunista relacionada con el VIH, la cual causa la mayor cantidad de casos de morbi-mortalidad en las personas que viven con el VIH, incluidas aquellas que están en tratamiento ARV. La detección de casos y el acceso al diagnóstico y tratamiento de calidad de la tuberculosis, según las directrices nacionales/internacionales, es fundamental para la supervivencia y la calidad de vida de las personas afectadas.

Análisis del indicador

En México, no se dispone de un registro nacional de personas en tratamiento ARV, que pudiera dar cuenta de este indicador. Existe un sistema oficial de información para los casos de TB, el cual es de carácter nacional, y contienen

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

información relativa al binomio. Sin embargo, refiere casos de TB con VIH y no viceversa, razón por la que se decidió utilizar el registro de personas en tratamiento de la Secretaría de Salud para el numerador y denominador.³⁰

Los resultados sostienen que, al cierre 2009, el porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para ambos padecimientos en la población que es atendida por la Secretaría de Salud fue de 77.4%.

En el informe 2008, los datos reportados fueron obtenidos del sistema de información del Programa de TB que, aunque no es comparable con el dato presentado en el presente informe, muestran lo que sucede con la atención de personas con TB, quienes para este indicador tienen una cifra similar a la obtenida para las personas en tratamiento ARV de la SS (77.9%).

Gráfico 18



Fuente:
SS/CENSIDA. [SALVAR](#). Datos al 31 de diciembre del 2009.
SS/Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. [Plataforma Única Módulo Tuberculosis de Información](#). Datos a nivel nacional al 31 de diciembre de 2006, obtenidos el 22 de enero de 2008. Incluye información del sector público y privado.

Aportaciones de las OSC

Algunas OSC, consideran que las unidades que manejan personas con el binomio TB/VIH, deben manejar sus casos con mucha confidencialidad, porque el ir a recibir tratamiento diario para la TB, hace que queden expuestos.

Consideraron que el tema de la tuberculosis es muy complejo. Mencionaron que es de suma importancia, porque generalmente esta enfermedad es la que se adquiere al presentarse el SIDA.

³⁰ SS/CENSIDA. [SALVAR](#). Datos al 31 de diciembre del 2009.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Asimismo, mostraron interés porque se haga un diagnóstico temprano, pues muchas veces las personas son diagnosticadas después de su fallecimiento.

También, dijeron que se siguen utilizando pruebas de PPD, pero saben que son obsoletas.

Señalaron que es importante generar información veraz y oportuna en relación al TB y VIH.

Finalmente, mostraron preocupación por la población PPL, pues indican que cuando muchos de ellos salen libres son portadores de la tuberculosis.

3.4 Educación, comportamiento y prácticas sexuales en la población general

Indicador 11. Educación escolar sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida

La educación basada en las aptitudes para la vida es un método eficaz que utiliza ejercicios de participación para enseñar a los jóvenes formas de comportamiento que los ayudan a enfrentar las dificultades y exigencias de la vida diaria. Puede incluir aptitudes para la toma de decisiones y la resolución de problemas, pensamiento creativo y crítico, toma de conciencia, comunicación y relaciones interpersonales. También, puede enseñar a los jóvenes a hacer frente a sus emociones y a las causas de estrés. Cuando se adapta específicamente para la instrucción relacionada con el VIH en las escuelas, un enfoque basado en las aptitudes para la vida ayuda a los jóvenes a entender y evaluar los factores individuales, sociales y ambientales que aumentan y disminuyen el riesgo de transmisión del VIH. Aplicado con eficacia, puede tener un impacto positivo en el comportamiento, incluido el aplazamiento de la primera relación sexual y la reducción del número de parejas sexuales.³¹

Análisis del indicador

La educación basada en las aptitudes para la vida, dota a los jóvenes de habilidades que les permiten enfrentar problemáticas y dificultades cotidianas. Este método permite la toma de decisiones y la resolución de problemas con base a la información.

En el contexto de que la principal vía de transmisión del VIH/SIDA, es la sexual y que la mayoría de las personas que viven con VIH en el mundo adquirieron la infección entre los 15 y los 24 años de edad, la educación sexual, aparece como un instrumento, por demás importante, en el trabajo de prevención. En este sentido, aparece como una tarea prioritaria el desarrollo de esquemas educativos que aseguren la disponibilidad y el acceso a la información a los jóvenes a fin de generar cambios de comportamiento y toma de decisiones en aras del cuidado de su salud. Así, la promoción de comportamientos saludables

³¹ ONUSIDA. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos. Informe 2010. Pág 46.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

en el marco de la sexualidad, parte de decisiones informadas y libres, así como de las habilidades y conocimientos a través de una educación integral.

Cuando el enfoque de aptitudes para la vida es adaptado a la educación sexual y en particular a la relacionada con el VIH, se está ayudando a los jóvenes a tener elementos que les permiten entender y evaluar los factores individuales y sociales que aumentan o disminuyen el riesgo de transmisión del VIH. Este método, aplicado correctamente, puede tener un impacto positivo en el comportamiento sexual de los jóvenes.

México, no cuenta con una encuesta escolar que de cuenta de este indicador. Asimismo, la revisión de los planes de estudio nacionales de estudio tiene su grado de complejidad, el cual se agudiza aún más, por el contexto educativo que el país atraviesa debido a la modificación e implementación de sus planes de estudio en la educación básica (nivel primaria y secundaria).

En México, actualmente se encuentra en marcha la Reforma Integral de la Educación Básica, la cual contempla cambios en la curricula académica (Plan 2009), basada en las competencias para la vida, equiparables a las aptitudes para la vida propuestas por el UNICEF, ya que ambas plantean el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes (competencias) y coinciden en el énfasis que se da a la resolución de problemas y la toma de decisiones informadas.

Durante el curso escolar 2008-2009, a nivel primaria, se llevó a cabo una primera etapa de prueba del Plan 2009, en 5,000 escuelas y sólo fue aplicable a 5º y 6º año, los años de 1º a 4º continuaron con el plan anterior (el correspondiente a 1993, actualizado en 1998), al igual que los grados de 1º a 6º del resto de las escuelas primarias (93,575). A nivel secundaria, el Plan de estudios 2006, ya ha sido plenamente integrado a todas las escuelas secundarias del país (34,372), sin embargo, a nivel primaria, como lo hemos comentado anteriormente, se encuentran vigentes de forma paralela el Plan 1993 (actualizado en 1998) y el Plan 2009.

Siendo muy estrictos en el número de horas que deben dedicarse al tema del VIH/SIDA, según el indicador 11 del informe UNGASS-SISA (al menos 30 horas dedicadas al tema del VIH/SIDA), el Plan 2009 no cumple con las horas suficientes, pues alcanza sólo 18 horas. Este plan, para el nivel primaria, aborda el tema de conductas de riesgo orientadas a las adicciones y la sexualidad, con contenidos que presentan temas variantes que se pueden considerar apegados a la educación sexual en general. En la materia de Educación Cívica y Ética, es donde actualmente se cubre la mayor parte de los conocimientos relativos a la temática desde un marco más integral, sin embargo, esta materia no existe en el Plan 1993.

Lo anterior supone un problema de cuantificación, dado que el Plan 2009 se encuentra en fase de implementación en sólo 5% de las escuelas primarias y únicamente en 5º y 6º grados. Por lo tanto, en este momento no hay escuelas primarias que de 1º a 6º grado, lleven el nuevo plan de estudios (el Plan 2009).

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Finalmente, el 95% de las escuelas primarias se encuentra trabajando de 1º a 6º grado, con el Plan 2003.

En el nivel secundaria, el VIH/SIDA es abordado en un marco integral de la educación sexual y aparece como un tema específico a abordar, así como una propuesta de proyecto a desarrollar (opcional). Nuevamente, siendo muy estrictos en el número de horas que deben dedicarse al tema del VIH/SIDA, según el indicador 11 del informe UNGASS-SISA, el Plan 2009 vigente en secundarias no cumple con las horas suficientes, pues alcanza sólo 26 horas. Sin embargo, una vez revisados los contenidos del Plan 2009 se identificó que existen temas que, si bien, no hacen referencia explícita al VIH/SIDA, estos pueden guardar una relación estrecha con éste (véase Ciencias I. Bloque IV, Formación Cívica I. Bloque II y V. Formación Cívica y Ética. II Bloque II). Si enmarcamos el tema en salud sexual en general, las horas dedicadas al mismo en el Plan 2009 ascienden a 34, las cuales son suficientes para el cumplimiento del indicador 11 del informe UNGASS-SIDA.

Lo datos anteriores, suponen también un problema de cuantificación; por lo que se requiere de un estudio con mayor profundidad, que permita determinar el número de horas que efectivamente se están dedicando al tema del VIH/SIDA en México, en el nivel básico, a nivel curricular.

Por otra parte, es necesario tener información continua sobre el número de horas que, en el nivel básico, realmente se dedican al tema de VIH/SIDA basado en el enfoque de aptitudes para la vida.

Es importante mencionar que, es sobre todo a partir de la 1ª Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe, que se impulsa en México con mayor fuerza la educación sexual basada en aptitudes para la vida (*lifeskills*), como una política educativa nacional en donde se contempla una educación sexual integral y la promoción de salud sexual y reproductiva en todos los rincones del país.

Finalmente, México considera que este indicador no es lo suficiente claro para captar la diversidad de contextos en los que se da la educación en VIH basada en aptitudes para la vida al interior de una escuela, una entidad federativa o un país, así como a nivel de comparación entre países; al elegir el número de horas sobre los contenidos o la calidad con la que éstos se imparten. Asimismo, al sólo analizar el plan de estudios, no se contempla que en la realidad el tema se haya impartido. En suma, el tema es muy complejo, para el indicador propuesto.

Aportaciones de las OSC

Las OSC se manifestaron por enviar una solicitud a la SEP para saber qué trabajos concretos están realizando, sobre todo después de la 1ª Reunión Ministerial. Enfatizaron también que actualmente las OSC están llevando a cabo un trabajo importante de incidencia en el ámbito educativo. Mostraron interés por saber lo que sucede en cuanto a educación sexual en otros niveles

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

educativos, en particular en la preparatoria, a dónde acuden jóvenes entre los 15 y 18 años.

Señalaron su preocupación por programas de capacitación para los profesores con información muy atrasada, la cual aún se emplea en ciertas regiones del país. En alusión a esta reflexión, las OSC, que mantienen un trabajo más estrecho con este tema, señalaron que sí se ha hecho trabajo con los maestros pero a nivel de los mandos medios. Refirieron que, en el 2007, se capacitó a las normales de los estados y que actualmente hay un programa de capacitación para profesores en la capital del país, así como una asignatura que aborda el tema de forma muy específica para la actualización en las entidades federativas. Además, comentaron que se están aprobando nuevos cursos de actualización que abordan el tema del VIH/SIDA para el Catálogo Nacional, en el cual se encuentran todos los cursos de actualización y diplomados dirigidos a profesores y aprobados por la SEP.

Sin embargo, también señalaron que el hecho de que esté en los contenidos no garantiza que los maestros los cumplan.

Manifestaron preocupación de caer en generalizaciones, pues dijeron que existen diferencias importantes al interior del país, y pusieron como ejemplo el caso del DF y Guanajuato, asumiendo que en el primero la educación puede ser progresista y en el segundo conservadora.

A manera de sugerencia, dijeron que sería mejor reportar en el Informe UNGASS SIDA la capacitación de docentes en lugar de número de escuelas con 30 horas.

Mencionaron también que, el indicador es poco funcional, si se considera que en el contexto mexicano aunque exista un programa nacional de educación sobre sexualidad, es necesario que las legislaciones locales lo aprueben para ponerlo en marcha.

Comentaron la necesidad de tener mecanismos transparentes de monitoreo y seguimiento de la inclusión de la información sobre la prevención del VIH y del desarrollo de habilidades para la vida por parte de la Secretaría de Educación Pública. De la misma manera, se mencionó la necesidad de contar con un plan operativo para implementar la Declaración Ministerial "Prevenir con educación" y asegurar que los estados cumplan con los compromisos adquiridos a nivel nacional e internacional para evitar acciones que vayan en contra de los derechos humanos de las y los jóvenes.

Indicador 15. Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad

Una estrategia para la prevención de múltiples problemas de salud reproductiva es aplazar la edad a la primera relación sexual de los jóvenes, lo que ayuda a prevenir, entre otras cosas, embarazos en adolescentes, embarazos y uniones no deseados, y reduce el posible riesgo de exposición y contagio con el VIH.

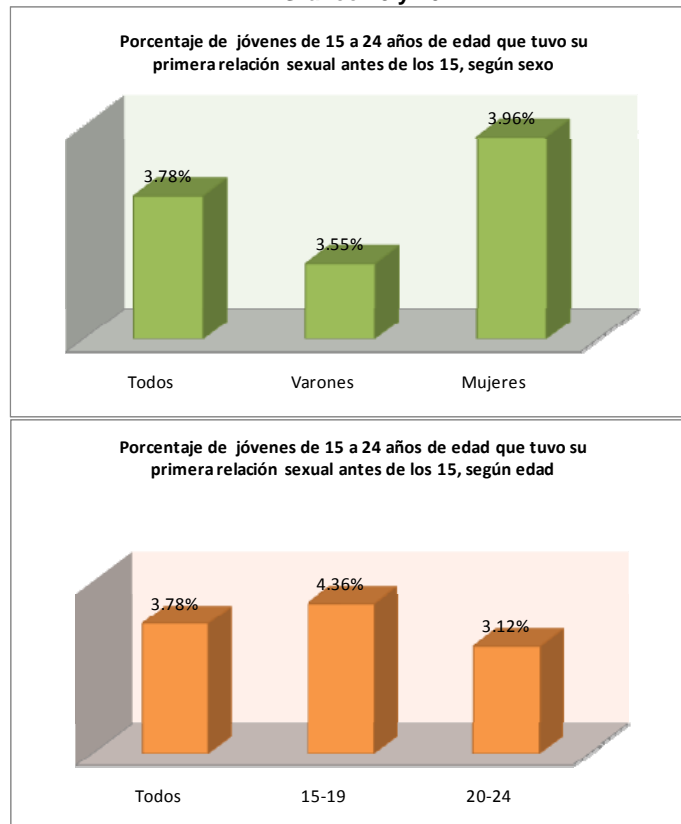
Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS/SIDA México 2010

Análisis del indicador

ONUSIDA sugiere, para este indicador, una periodicidad de 4 ó 5 años. Por esta razón, se repite el mismo valor del informe anterior, cuya fuente de datos fue la Encuesta Nacional de la Juventud 2005.³²

El porcentaje de jóvenes que tienen su primera relación sexual antes de los 15 años fue de 3.8%. No se perciben diferencias por sexo y grupos de edad.

Gráfico 19 y 20



Fuente: Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de la Juventud 2005. México.

Aportaciones de las OSC

Las OSCs solicitaron que, se desagreguen los grupos etarios en las estadísticas, pues son muy amplios (por ejemplo, se clasifican a los jóvenes en menores de 15 años y en el grupo de 15 a 29 años); debido a que los y las adolescentes deberían estar claramente visibles en esta información y no sumados por un lado a la población infantil y por el otro a la población adulta.

³² Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de la Juventud 2005. México. La Encuesta Nacional de la Juventud, tiene una frecuencia de recopilación de datos de cinco años. Durante el transcurso del año 2010, se estará efectuando el levantamiento de la III Encuesta Nacional de la Juventud y los tabuladores básicos estarán disponibles a principios de 2011.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Es importante señalar que, actualmente la Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría de Educación Pública (SEP), están distribuyendo la Cartilla Nacional del Adolescente, que incluye un rubro sobre Salud Sexual y Reproductiva, en el cual, debe registrarse los servicios sobre anticoncepción. Aún con ello, las y los adolescentes siguen siendo discriminados y violentados en sus derechos al no tener acceso a preservativos y consejería adecuada basada en evidencia científica y apegada a derecho. Lo anterior, complica la posibilidad de tener registros sobre la actividad sexual que están teniendo los jóvenes entre 12 y 16 años de edad.

Señalaron que, basados en la evidencia internacional, se ha reconocido que la educación sobre la sexualidad está relacionada con aplazar la edad del inicio de la vida sexual y el uso de métodos de planificación familiar y de prevención de ITS. Por ello, consideraron que es necesario fortalecer la información y la educación sobre sexualidad y habilidades para la vida, tanto en las unidades del sector salud como en las escuelas de manera integral y a todos los niveles en seguimiento a la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación".

Indicador 16. Relaciones sexuales de alto riesgo

En México, la vía sexual, constituye la principal forma de transmisión del VIH. Esta transmisión se da por medio de relaciones sexuales no protegidas entre personas con más de un compañero sexual. Las personas que tienen múltiples parejas (simultánea o consecutivamente) tienen mayor de adquirir (y por ende, transmitir) el VIH, en comparación con las que no las tienen.

Análisis del indicador

Actualmente, México no cuenta con fuentes de información disponibles para responder este indicador. En el informe anterior la fuente consultada fue una encuesta que se levantó en 2003 y a la fecha no se ha repetido.³³

Aportaciones de las OSC

Sobre este indicador, no hubo registro de opinión de las OSC.

Indicador 17. Uso de preservativo durante las relaciones sexuales de alto riesgo

El uso del preservativo es una medida más segura de protección contra el VIH, especialmente entre personas con múltiples parejas sexuales.³⁴

Análisis del indicador

³³ El Colegio de México/Programa de Salud Reproductiva y Sociedad. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. México.

³⁴ ONUSIDA. Op. Cit. Pág. 58.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Para este indicador sucede lo mismo que con el anterior. Los datos son la encuesta 2003, que a la fecha no se ha repetido y no se dispone de datos nuevos de fuentes alternas.

Aportaciones de las OSC

Las OSC comentaron que, se requiere fortalecer las estrategias de prevención positiva para que las parejas en donde uno o ambos integrantes viven con VIH usen de manera sistemática el condón femenino o masculino.

3.5 Impacto de las acciones de prevención y atención

Indicador 23. Poblaciones más expuestas: reducción de la prevalencia del VIH

El objetivo de la respuesta al VIH es reducir la prevalencia de infección por el VIH, a través de reducir el número de casos nuevos de VIH (incidencia). Para países como México, las poblaciones expuestas o claves, representan el principal reto.

Para el cálculo de estos indicadores, se utilizó nuevamente el sistema de monitoreo continuo de poblaciones vulnerables del CENSIDA.³⁵

Indicador 23.1 Trabajadoras/es sexuales (TS): reducción de la prevalencia del VIH

Análisis del indicador

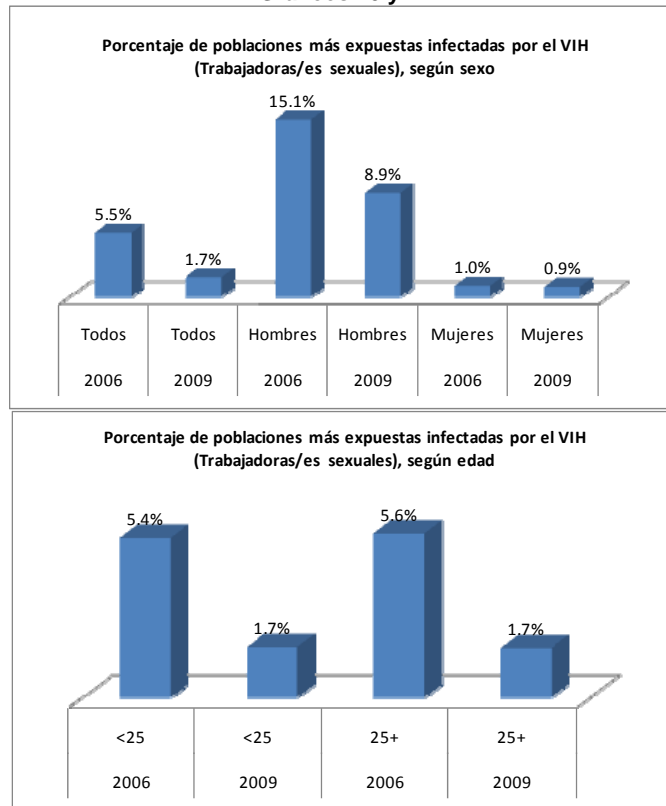
En el presente informe, la prevalencia del VIH en MTS fue de 0.90% y las de HTS en 8.9%. No se percibe diferencias por grandes grupos de edad. En comparación con el informe 2008 la medición de la prevalencia en hombres fue mayor (15.1%); mientras que en mujeres se mantiene (1%).

Sin embargo, no se puede concluir que la prevalencia de VIH en HTS haya disminuido, ya que los resultados de ambos informes no son estrictamente comparables, pues su metodología difiere en cuanto a los procedimientos de selección de muestra y de recolección de información, la cobertura de sitios y entidades federativas y los periodos de recopilación de información.

³⁵ SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2008-2009.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Gráficos 20 y 21



Fuentes:

Gayet Cecilia, Magis Carlos, et al. Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. SS/Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México, 2007.

SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2008 y 2009

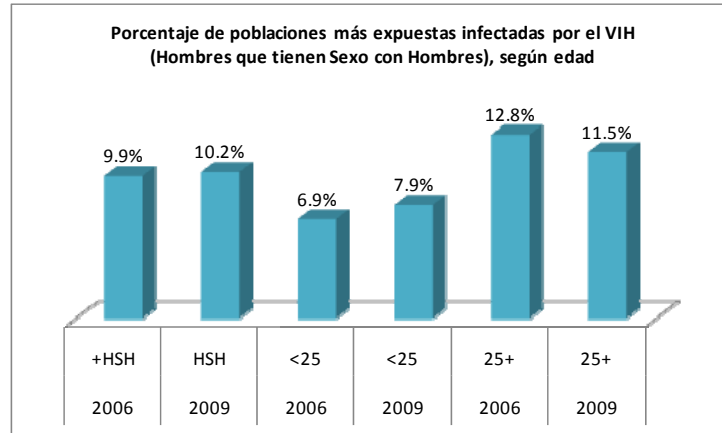
Indicador 23.2 Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH): reducción de la prevalencia del VIH

Análisis del indicador

La medición de la prevalencia del VIH utilizada en este informe muestra que, el 10.2% de los HSH viven con el VIH, cifra que coincide con el informe anterior (9.9%). Sin embargo, los resultados de ambos informes no son estrictamente comparables, por las razones expuestas en el indicador anterior.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
 UNGASS/SIDA
 México 2010

Gráfico 22



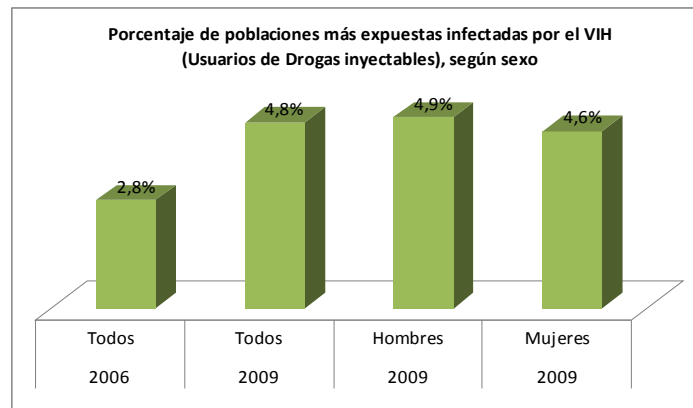
Fuentes:
 Gayet Cecilia, Magis Carlos, et al. Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. SS/Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México, 2007.
 SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2008 y 2009

Indicador 23.3 Usuarios de drogas inyectables (UDI): reducción de la prevalencia del VIH

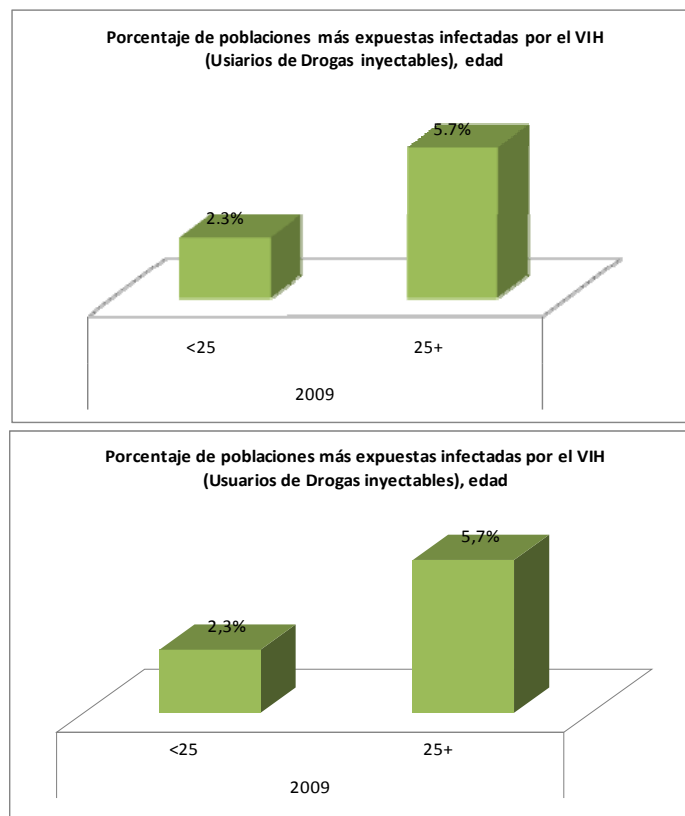
Análisis del indicador

La prevalencia de infección por VIH en UDI fue de 5.0%; la cual muestra una diferencia con el estudio utilizado en el informe anterior, que asciende a 2.8%. Los resultados de ambos informes no son estrictamente comparables, por las razones ya mencionadas.

Gráfico 23 y 24



Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS/SIDA México 2010



Fuentes:

Gayet Cecilia, Magis Carlos, et al. Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. SS/Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México, 2007. SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2008 y 2009

Aportaciones de las OSC

Las OSC manifestaron su interés por conocer las cédulas de monitoreo que se aplica a las poblaciones vulnerables, por un lado, porque les interesa saber cómo se obtienen estos resultados, y por otro lado, porque algunas manifestaron su interés de participar en el llenado de este cuestionario con la población a la que proporcionan servicios.

Indicador 24. Tratamiento del VIH: supervivencia después de 12 meses de terapia antirretrovírica

El principal objetivo del programa nacional de tratamiento ARV es aumentar la calidad y supervivencia de las personas con VIH/SIDA. Por esta razón, una medida de impacto del tratamiento ARV es la supervivencia de las personas que se encuentran bajo un régimen de medicamentos ARV.

Análisis del indicador

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Debido a que, como comenté anteriormente, en México, no se dispone de un registro nacional de personas en tratamiento ARV, que pudiera dar cuenta de este indicador. Por esta razón, se utilizaron datos de la Secretaría de Salud.³⁶

La metodología general propuesta por el ONUSIDA para la creación de este indicador, se utilizó para el cálculo del mismo.

La supervivencia adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica en México 2009³⁷ fue de 88.1%; no se observan diferencias por sexo, pero sí grandes distancias entre la supervivencia por grandes grupos de edad, desfavoreciendo a los menores de 15 años, con respecto a la población de 15 años o más en tratamiento (35.3% y 96.0%).

No es posible hacer comparaciones con el periodo anterior, en virtud de que no se dispuso de datos en el informe anterior.

Aportaciones de las OSC

Sobre este indicador, no hubo registro de opinión de las OSC.

Indicador 25. Reducción de la transmisión materno infantil

La adecuada aplicación de las estrategias de prevención perinatal del VIH, reducen significativamente los casos la trasmisión del VIH en niños nacidos de mujeres que viven con el virus.

Análisis del indicador

México no contó con la información disponible para el cálculo de este indicador.

Aportaciones de las OSC

Las organizaciones comentaron que, se requiere fortalecer la política de prevención de la transmisión vertical del VIH para garantizar la oferta de la prueba al 100% de las mujeres embarazadas, el acceso a la prueba rápida en todas las unidades médicas, el tratamiento profiláctico y la sustitución de la lactancia materna a todas las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH.

4. PRACTICAS ÓPTIMAS

³⁶ SS/CENSIDA. SALVAR. Datos al 31 de diciembre del 2009.

³⁷ Se integró una cohorte con los 27,474 pacientes que estaban recibiendo tratamiento antirretroviral por la Secretaría de Salud al 31 de diciembre de 2008. Con información del sistema SALVAR, se realizó seguimiento de los pacientes durante los 12 meses siguientes para determinar el número de pacientes que habían sobrevivido al 31 de diciembre de 2009.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Las prácticas óptimas que se identifican en la respuesta nacional a la epidemia, se relacionan, en materia de prevención, con un mayor impulso, definición y dirección de la prevención focalizada a las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad (MARPs); lo anterior, debido a una mejor definición de criterios para financiar acciones de prevención en población clave operadas por OSC y financiadas desde el gobierno federal de salud, a través del CENSIDA/Programa Nacional; así como con el logro de una propuesta de financiamiento para el país, a través de la Ronda 9 del FGTSM, con liderazgo técnico del CENSIDA/Programa Nacional.

También, se reconoce la continuidad en la lucha contra homofobia y el impulso de la prevención en UDI.

En atención, se mantiene el acceso universal, se han mejorado los sistemas de registro y se identifican necesidades de asistencia técnica. Se observó un buen desempeño de la ejecución del programa dirigido a mejorar las intervenciones encaminadas al diagnóstico, los servicios que prestan atención a las personas con VIH, fortalecer las intervenciones para disminuir la transmisión vertical, continuar el acceso a todas las personas con VIH que lo requieran, mejorar el acceso a las intervenciones para el diagnóstico de tuberculosis latente y activa en las personas con VIH, y el mantener el tratamiento de las principales infecciones oportunistas y de las ITS.

En política, la realización de una Convención Nacional de Organizaciones con trabajo en VIH/SIDA, facilitada y financiada desde el gobierno federal, a través del CENSIDA, facilitó y financió, la cual tuvo por objeto asegurar la elección democrática y transparente de representantes de las OSC en órganos colegiados de toma de decisiones; entre los que se destacan el CONASIDA; sin duda, muestra la disposición y el interés del Programa Nacional por apoyar la participación organizada de la sociedad civil, en torno a la epidemia.

5. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

Dentro de los problemas actuales que enfrenta la epidemia mexicana del VIH/SIDA se encuentran, en el área de prevención, lograr la universalización de la prueba de detección de VIH y sífilis en mujeres embarazadas; para identificar a las embarazadas con ambos padecimientos y proporcionarles el tratamiento oportuno, reduciendo con ello el riesgo de infección por el VIH en el recién nacido.

Asimismo, es necesario incrementar los recursos para la prevención del VIH y darle continuidad a la focalización de la prevención en las poblaciones clave, que permitan un mayor acceso a servicios de prevención para estas poblaciones, lo cual redundará en un mayor número de personas, pertenecientes a poblaciones clave, con comportamientos sexuales protegidos y prácticas de inyección de menor riesgo; que impactarán en la disminución de

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

los casos nuevos de infección por VIH y, por ende, en la prevalencia del VIH de estas poblaciones.

La incorporación, cada vez activa, del sector educativo en la prevención del VIH, la implementación de los planes 2009 en todas las escuelas del nivel de educación básico y la generación y apoyo a programas de prevención dirigidos a jóvenes no escolarizados; serán vitales para el cumplimiento de las metas de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación”.

En materia de atención, realizar la detección del VIH y proporcionar tratamiento ARV oportuno, reducirá la brecha entre las personas que se encuentra en tratamiento y aquellas que lo requieren. Asimismo, es necesario monitorear la calidad de la atención, que se apegue a normas, guías y lineamientos médicos, pero que también considere que la atención se brinde en espacios libres de estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH y grupos clave. Lo anterior, permitirá impactos en la reducción de la mortalidad y mejorará la supervivencia de las personas con VIH, en términos cuali y cuantitativos.

Finalmente, ante la descentralización de los servicios de salud, cada una de las 32 entidades federativas son autónomas; lo cual ha traído consigo algunos problemas de coordinación. Por ello, es necesario fortalecer un mecanismo de coordinación y seguimiento del trabajo conjunto del Programa Nacional que sea eficiente y que al mismo tiempo respete la autonomía de cada entidad federativa.

6. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS

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

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

Específicamente, para la elaboración del presente informe, el país recibió el apoyo del ONUSIDA (regional y de la sede en Ginebra) en capacitación, apoyo técnico y recursos, para la realización de las estimaciones epidemiológicas 2010, la MEGAS 2008 y 2009 y elaboración del Informe UNGASS-SIDA 2010.

Este apoyo constituyó un gran aporte, para el país, el cual dispone de recursos limitados para el monitoreo y la evaluación de la epidemia, en general, y para la elaboración del informe UNGASS-SIDA 2010, en particular.

7. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

México cuenta con un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA e ITS, que incluye un Registro Nacional de Casos de SIDA (RNCS); un Registro Nominal de Personas con VIH, un Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), que recolecta los casos nuevos de ITS (entre otras enfermedades) y el Registro de Mortalidad (INEGI/SS), los cuales cuentan con la notificación del sector público y el privado.

Por otra parte, cada una de las instituciones de salud del sector público, tienen sus propios sistemas de información sobre la entrega servicios e insumos en salud; los cuales incluyen la información que cada institución considera esencial; pero no existe un registro nacional que concentre información básica sobre estos temas para la toma de decisiones desde el Programa Nacional de VIH/SIDA e ITS. Por esta razón, desde el 2003, el CONASIDA, a través del Comité de Monitoreo y Evaluación, emite anualmente el Boletín del Grupo de Información Sectorial (GIS) en VIH/SIDA e ITS, el cual concentra algunas de las variables e indicadores, disponibles en los sistemas de las instituciones del sector salud público, que dan cuenta de la respuesta frente a estos padecimientos.³⁸

Sin embargo, el trabajo realizado por las organizaciones de la sociedad civil, las cuales cuentan con un trabajo activo y amplia experiencia en prevención de VIH en poblaciones clave, no se recupera en ningún sistema de información. Por esta razón, el CENSIDA ha reconocido la necesidad de contar con un sistema de información del trabajo en prevención realizado por estas organizaciones.

Asimismo, existe un registro nacional de personas en tratamiento ARV que, por ahora está fraccionado y dividido entre el registro de la seguridad social y el de la asistencia pública. Se ha realizado revisiones para revisar la coherencia de los registros entre sí y se tienen previstas acciones para integrarlos en el futuro próximo; lo cual permitirá al país concentrar y analizar periódicamente información sobre el particular.

La situación anterior, permitió hacer el seguimiento a nivel nacional del número de personas en tratamiento ARV, pero de manera parcial (sólo Secretaría de Salud) de la prevención de la transmisión materno infantil y la cogestión del tratamiento de la tuberculosis y el VIH. Asimismo, sólo permitió el monitoreo parcial de la medición de impactos relativos al tratamiento ARV.

Por otra parte, las encuestas nacionales, dirigidas a obtener información sobre la población general, se realizan en forma periódica (generalmente cada 5 años), pero no incluyen la totalidad de la información necesaria para el

³⁸ Ver boletines en:

<http://www.censida.salud.gob.mx/interior/comites/monitoreo/gpodeinformacion.html>
Sección: *Trabajos realizados*

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

programa VIH/SIDA en virtud de que, el programa compite con otras necesidades de salud y demográficas; que son consideradas de mayor relevancia. Por esta razón y debido al alto costo que representa incluir preguntas sobre determinado tema, el país no cuenta con toda la información necesaria para reportar los indicadores sobre población general. Lo anterior, también tiene relación con el tipo de epidemia del VIH que México tiene, la cual está concentrada en poblaciones clave.

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

Éste último esfuerzo ha permitido el reporte de la mayoría de los indicadores nacionales e internacionales (incluido el informe UNGASS-SIDA) relativos a las poblaciones clave; sin embargo, se pone de manifiesto la necesidad de realizar encuestas en estos grupos, por diferentes actores, tales como academia, programa nacional y las OSC; con las metodologías recomendadas por el ONUSIDA, en diversas regiones del país; con el objeto de reportar la totalidad de indicadores requeridos tanto por el Programa Nacional, como por los informe internacionales; así como para contrastar los resultados derivados de sistemas continuos de información.

Con la entrada de financiamiento del Fondo Global, que México obtuvo en Ronda 9, se espera contar con un importante cúmulo de información sobre población clave, que resolvería, al menos durante los años de su operación, las necesidades de información en los grupos HSH, HTSC y UDI.

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

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

BIBLIOGRAFÍA

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

Gayet Cecilia, Magis Carlos, et al. Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. SS/ CENSIDA y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). México, 2007.

Gayet Cecilia, Magis Carlos, et al. Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México. SS/CENSIDA y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México, 2007.

Gontes M., Rivera P., Fuentes M. Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, Cuentas Nacionales 1999-2000. Izazola Licea JA, editor. SS/ CENSIDA. Y SIDALAC /FUNSALUD. México 2002. p. 51

IMSS, Unidades Médicas de Alta Especialidad. Datos al 31 de diciembre de 2008 y 2009.

Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de la Juventud 2005. México.

ISSSTE. Departamento de Programas Sectoriales de Segundo y tercer nivel. Dirección médica. Cifras al 31 de diciembre de 2008 y 2009.

ONUSIDA. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos. Informe 2010. Ginebra, marzo 2009. Pág. 30.

Ospina, A. Comportamientos de Riesgo y Factores Asociados entre Usuarios de drogas inyectadas en Mexicali, Algodones y San Luis Río Colorado. Segunda ronda. Population Services International - PSI México, AC. México, 2009

Ospina, A. Comportamientos de Riesgo y Factores Asociados entre Usuarios de drogas inyectadas en Mexicali, Algodones y San Luis Río Colorado. Segunda ronda. Population Services International - PSI México, AC. México, 2009

Ospina, A. Prevención de VIH/SIDA Estudio TRaC Evaluando uso de condón entre Hombres que tienen Sexo con Hombres en Cancún, Ciudad de México, Guadalajara y Veracruz. Segunda ronda. Population Services International - PSI México, AC. México, 2009

Ospina, A. Prevención de VIH/SIDA Estudio TRaC Evaluando uso de condón entre Hombres que tienen Sexo con Hombres en Cancún, Ciudad de México, Guadalajara y Veracruz. Segunda ronda. Population Services International - PSI México, AC. México, 2009

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

PEMEX. Informes mensuales de medicina preventiva. Al 31 de diciembre de 2008 y 2009

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

Rivera MP., Fuentes M. Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, Cuentas Nacionales 2001-2002. Izazola Licea JA, editor. SS/CENSIDA y SIDALAC /FUNSALUD. México 2004.

Rivera MP., Miranda R. Medición del Gasto en SIDA 2003-2005. Izazola Licea JA, editor. SS/CENSIDA. México 2007.

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

Saavedra J., Redortha E., Ávila C. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, 1997-1998. Izazola Licea JA, editor. FUNSALUD/SIDALAC, ONUSIDA. México 1997-1998. 2000. p. 39

SEDENA. Informes mensuales de tratamientos del Hospital Central Militar. Datos al 31 de diciembre de 2008 y 2009.

SEP Fortalecen a Equipos Técnicos Pedagógicos en temas de educación sexual Accesado el 29 de marzo de 2009. Sitio Web: <http://www.basica.sep.gob.mx/dgdc/sitio/start.php?act=notapp250509>

SEP/ ONUSIDA/CENSIDA/SS Primer Aniversario de la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación" Accesado el 29 de marzo de 2010. Sitio Web: http://www.cenSIDA.salud.gob.mx/descargas/comunica_spa.pdf

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

SS/ CENSIDA. El VIH y el SIDA en México 2009. México, diciembre, 2009.

SS/ CENSIDA. El VIH y el SIDA en México 2009. México, diciembre, 2009

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

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

SS/CENSIDA. Encuesta de Vigilancia del Comportamiento en Usuarios de Drogas Inyectables. México, 2003.

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

SS/CENSIDA. Medición del Gasto en SIDA en México 2008-2009. México, 2010.

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

SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2008-2009.

SS/CENSIDA. Programa de Monitoreo en Poblaciones Vulnerables. Datos 2008 y 2009

SS/CENSIDA. SALVAR. Datos a diciembre de 2008 y 2009

SS/Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. Informe mensual de ingresos y egresos de sangre, de sus componentes y pruebas de detección de Enfermedades de Transmisión por Transfusión. México. Datos correspondientes al año 2006 y 2009

SS/Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Plataforma Única Módulo Tuberculosis de Información. Datos a nivel nacional al 31 de diciembre de 2006, obtenidos el 22 de enero de 2008. Incluye información del sector público y privado.

SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 17 de noviembre de 2009

SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Variable reportada: Consultas de primera vez por embarazo. Datos al 31 de diciembre 2009.

UNAIDS Seguimiento de avances en países (2010, Febrero). Disponible en <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/Default.aspx>

UNAIDS/WHO, 2008 Report on the Global AIDS Epidemic; July 2008, and 2009 Report on the Global AIDS Epidemic; 2009.

UNFPA Educación en las escuelas sobre sexualidad Accesado el 29 de marzo de 2010. Sitio Web: www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch4/page2.htm

Universidad de California San Diego, SS/CENSIDA. Encuesta de Base Proyecto El Cuete. México. Datos al 30 de junio de 2007.

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS

Cuadro 1 Prevalencias. Poblaciones más expuestas infectadas por el VIH

Cuadro 2. Indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración de compromisos sobre el VIH/SIDA

Índice Gráficos.

Gráfico 1. Prevalencia de VIH en países de América Latina, 2007

Gráfico 2. Distribución de las personas que viven con VIH. México, 2009

Gráfico 3. Razón hombre/mujer en los casos de SIDA, según año de diagnóstico. México, 1985- 2009

Gráfico 4. Porcentaje de casos de SIDA, según grupos de edad. México, 1983- 2009

Gráfico 5. Porcentaje de casos de SIDA en varones de 15 y más años por categoría de transmisión México, 1983- 2009

Gráfico 6. Porcentaje de casos de SIDA en mujeres de 15 y más años por categoría de transmisión. México, 1983- 2009

Gráfico 7. Gasto en VIH/SIDA en prevención y atención del 1997-2009

Gráfico 8. Seguridad Hematológica

Gráfico 9. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados. HSH

Gráfico 10. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados. UDI

Gráfico 11. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención. Trabajadoras/es sexuales

Gráfico 12. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención. HSH

Gráfico 13. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegan los programas de prevención. UDI

Gráfico 14. Trabajadoras/es sexuales varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente. Trabajadoras/es sexuales

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del
UNGASS/SIDA
México 2010

Gráfico 15. Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina

Gráfico 16. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual

Gráfico 17. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó

Gráfico 18. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH

Gráfico 19. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, según sexo

Gráfico 20. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, según edad

Gráfico 21. Porcentaje poblaciones más expuestas infectadas por el VIH. Trabajadoras/es sexuales), según sexo.

Gráfico 22 Porcentaje poblaciones más expuestas infectadas por el VIH (Trabajadoras/es sexuales), según edad

Gráfico 23. Porcentaje poblaciones más expuestas infectadas por el VIH (HSH)

Gráfico 24. Porcentaje poblaciones más expuestas infectadas por el VIH (UDI), según sexo

Gráfico 25. Porcentaje poblaciones más expuestas infectadas por el VIH (UDI), según edad