



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

RESPUESTA AL VIH, SIDA E ITS
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD	7
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO CONCEPTUAL	13
II. MARCO JURÍDICO	23
III. DIAGNÓSTICO.....	29
III.1 Antecedentes	31
III.2 Situación Actual y Problemática	31
III.3 Avances 2006-2012	44
III.4 Retos 2013-2018	50
III.5 Objetivos del Desarrollo del Milenio	51
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	53
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	55
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	56
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	59
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	61
V.2 Estrategias Transversales.....	63
VI. INDICADORES Y METAS.....	65
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	79
VIII. TRANSPARENCIA	89
BIBLIOGRAFÍA	93
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	97
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	101
ANEXOS	105

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Patricia E. Uribe Zúñiga
DIRECTORA GENERAL DEL CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH Y EL SIDA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernia Vargas Carrillo
TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin
PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz
SECRETARIO DE MARINA

MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, en 2012, se estimaron 35.3 (32.2 a 38.8) millones de personas viviendo con el VIH, cifra que ha aumentado considerando que ahora más personas tienen acceso a la terapia antirretroviral y, por ende, sobreviven más tiempo. El número de nuevas infecciones por VIH se estiman en 2.3 millones (1.9 a 2.7), cifra inferior en 33% a lo estimado en 2001 que era de 3.4 (3.1 a 3.7). En el mismo sentido, ha disminuido el número de muertes por sida con 1.6 (1.4 a 1.9) millones de muertes en 2012, debajo de los 2.3 (2.1 a 2.6) millones en 2005.¹

México se clasifica como un país con una epidemia estable y concentrada, es decir, la prevalencia de infección por el VIH se ha mantenido en un subgrupo de la población, como son mujeres transgénero con una prevalencia del VIH de 20.0%, hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) de 17.0%, hombres trabajadores sexuales de 18.2% y personas usuarias de drogas inyectables con 5.8%, y entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas es menor al 1.0%.²

En el 2013, la prevalencia estimada de VIH en población de 15 a 49 años, es de 0.23%. Se estiman 180 mil personas viviendo con este virus en todas las edades (140 a 230 mil) y una tasa de mortalidad de 4.2 por cada 100 mil habitantes (2012).³

Las acciones en respuesta al VIH y sida tienen más de 25 años, periodo en el cual se han logrado avances innegables en diferentes áreas de la prevención, atención, disminución del estigma y discriminación, como resultado de políticas públicas impulsadas por diversos actores estratégicos e instituciones públicas; así como de la movilización social y participación activa de las organizaciones de la sociedad civil y personas con VIH del país.²

El Programa de VIH, Sida e ITS 2013-2018, contiene ocho capítulos. En el capítulo I se establece el marco conceptual que da contexto al desarrollo del Programa; en el capítulo II aparece el marco institucional, el cual detalla los aspectos jurídicos y normativos que fundamentan el presente Programa. En el capítulo III se presenta el diagnóstico de la situación actual de la epidemia del VIH, sida y otras ITS, que incluye las necesidades en salud, los avances en el control y la prevención del VIH y sida hasta 2013 y los retos de la presente Administración. El cuarto capítulo presenta la vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA), 2013-2018.

En la Organización del Programa, capítulo V y VI, se listan los objetivos, las estrategias y las líneas de acción, así como las metas e indicadores nacionales, como plan estratégico de acción en el corto y mediano plazo.

En el capítulo VII se establecen los niveles de corresponsabilidad en las diferentes instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, para el logro de las metas definidas en esta Administración.

Por último, en el apartado VIII, el Programa señala el sitio web donde la población podrá tener acceso al programa y sus avances en el cumplimiento de sus metas.

Bajo este contexto, se establece que el Programa emana de las instituciones rectoras, tiene carácter nacional, y es imperativo para las instituciones que forman parte del Sector Salud.

Sumado a lo anterior, es fundamental la coordinación, vinculación y cooperación de otros sectores públicos, privados, organizaciones no gubernamentales, académica, y personas con VIH, para el logro de los resultados esperados.

La rectoría está a cargo de la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida), tal y como lo establece la Ley General de Salud.



I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

La planificación estratégica es un proceso y una herramienta que mejora el logro de los resultados esperados en salud. No obstante, a nivel internacional se ha reconocido la desconexión entre metas establecidas y resultados reales de los programas, por lo que se ha fortalecido el consenso mundial sobre la necesidad de armonización, alineamiento y resultados, introduciendo la rendición de cuentas y transparencia, para las organizaciones y los países.⁴⁻⁶

La elaboración del Programa es un proceso social y político, no sólo técnico. En su formulación se definen los principios fundamentales, prioridades, logros esperados y marco institucional que guiará su implementación en todo el país. Las “estrategias”, por ende, deben tomar en cuenta la evidencia epidemiológica y situacional para que se considere estratégica, éstas, cambian con el tiempo, por lo tanto un plan estratégico debe ser flexible y sensible a esos cambios.

El Programa de Acción Específico (PAE) Respuesta al VIH, Sida e ITS, se basa en la evidencia. Para su desarrollo se tomó como modelo el ciclo estratégico de resultados (CER)¹ (Figura 1). Este modelo probado en más de 15 países de Latinoamérica y el Caribe, aborda situaciones específicas como la epidemia del VIH y promueve y facilita el pensamiento estratégico, guiado por la evidencia; consultas con actores clave e identifica prioridades y asignación eficiente de recursos, concluyendo con la redacción del plan.⁵

Complementariamente, la planificación estratégica pone su foco de atención en los aspectos del ambiente externo a la institución: la población usuaria a quienes se entregan los productos finales o estratégicos y los resultados finales o los impactos de su intervención. Asimismo, integra a la planificación operativa, donde se determinan las metas de corto plazo, las cuales permiten hacer operativas las estrategias y hace posible la programación de actividades y estimación del presupuesto que se requiere para llevarlas a cabo.

¹ La planificación del CER es un ciclo de siete fases iterativas que responden y se adaptan continuamente a la evidencia existente: 1) Compilar y analizar datos existentes; 2) Identificar resultados deseados; 3) Identificar programas estratégicos; 4) Estimar costos, identificar brechas y asignar recursos; 5)

Especificar cómo serán monitoreados los resultados; 6) Especificar cómo se evaluarán los resultados, y 7) Usar evidencia para ajustar la implementación del plan actual o preparar uno nuevo.

Figura 1. Modelo del ciclo estratégico de resultados



Fuente: Adaptación del Modelo de planeación y gestión de los resultados del VIH y sida del Banco Mundial.

La priorización de acciones consideró la magnitud y severidad del problema a abordar, la factibilidad y eficacia de las intervenciones. No obstante, hay que considerar que la asignación de prioridades basadas en la evidencia, en la práctica, es un proceso limitativo y que existe una amplia gama de factores que impulsan su establecimiento, tales como, datos y evaluaciones de necesidades, la disponibilidad de financiación, las asociaciones y las preferencias de la comunidad.⁷

Si bien el VIH y sida en México está concentrado en población clave (HSH, personas trans, TS y PUDI), en el escenario internacional reiteran ser incluyentes de personas que pueden encontrarse en desventaja para infectarse con este virus, simplemente por estar en situación de desigualdad, y por lo tanto deben ser incorporados a la política nacional, a saber, mujeres y jóvenes.⁸

Las mujeres migrantes, trabajadoras sexuales, usuarias de drogas inyectables, embarazadas con VIH, mujeres en situación de reclusión y mujeres que tienen parejas hombres que tienen sexo con hombres, tienen un

elemento común: encontrarse en situación de desigualdad y vulnerabilidad a la infección del VIH y otras ITS. Aunado a lo anterior, las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) incluyen en este grupo a mujeres indígenas, mujeres en situación de calle, mujeres jóvenes y adolescentes en condición de pobreza, y mujeres trabajadoras domésticas.⁸

Por otra parte, la respuesta al VIH se ha ampliado en muchos países mediante el desarrollo e implementación de sistemas de servicios integrados y especializados, para atender las necesidades de las personas viviendo con VIH. Cada vez es más claro que la maximización de la eficacia de los servicios y la sostenibilidad de la respuesta exige la integración estratégica de los servicios de prevención del VIH dentro del Sistema de Salud y de otros sectores. La evidencia disponible sugiere que los enfoques integrados son beneficiosos, incrementando la respuesta del servicio y mejorando la coordinación de cuidado.⁹

Algunos ejemplos de integración incluyen a la tuberculosis y el VIH, los servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo, la atención integral materno-infantil; la

vinculación del VIH y las enfermedades crónicas no transmisibles; los servicios de salud reproductiva para mujeres, jóvenes y hombres heterosexuales; en general, los servicios de prevención del VIH integrados dentro de la atención primaria de salud y los sistemas de salud en general y de la comunidad. Además de mejorar el acceso a los servicios de salud, los modelos de prestación de servicios integrados pueden reducir los costos unitarios, tal como se refleja en menores costos de asesoramiento y pruebas del VIH cuando estos servicios están integrados con otros programas y servicios de salud.

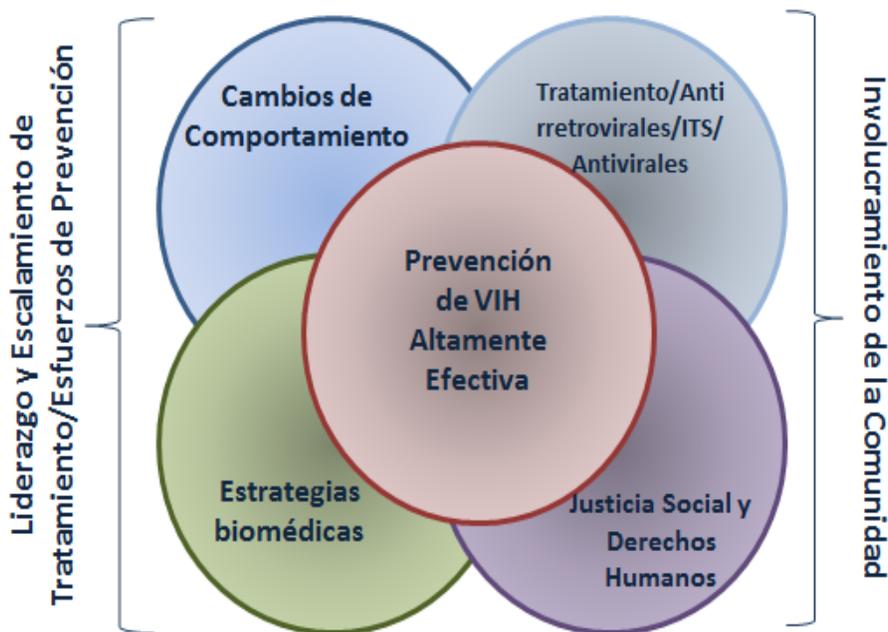
Asimismo, ninguna estrategia de prevención, por sí misma, será suficiente para controlar la diseminación del VIH; sin embargo, un creciente número de intervenciones han demostrado resultados prometedores para la protección contra la transmisión y adquisición de este virus y otras ITS, e incluye el conocimiento del estado serológico de la persona, la reducción de los comportamientos de riesgo, cambios de comportamiento asociado al uso sistémico del condón, la circuncisión masculina, el intercambio de agujas, el tratamiento de las ITS curables, y el uso sistémico y tópico de medicamentos antirretrovirales tanto para las personas infectadas con VIH como las no infectadas.¹⁰

El diseño y entrega de un paquete óptimo de intervenciones que coincida con el perfil epidemiológico de la población objetivo y su consecuente evaluación de la seguridad, la aceptabilidad, la cobertura y la eficacia,

implica desafíos metodológicos que deben ser abordados. No obstante, en el contexto actual existe la oportunidad sin precedentes para desarrollar paquetes de prevención, que combinan estrategias basadas en la evidencia, a la medida de los diversos grupos y subgrupos, y dirigidas a lograr la alta cobertura para una reducción medible de transmisión del VIH en la población. Para ello, es necesario que médicos y personal de salud pública conozcan sus poblaciones locales y la base para la transmisión y respuesta.

El viraje a pensar en la prevención como estrategias de intervención combinadas se sustenta en que los resultados de estudios recientes no arrojan una sola “bala mágica” para la prevención del VIH en el corto plazo; siendo que iniciativas con modestos efectos podrían dar lugar a una eficacia global más sustancial si se combinan. Las intervenciones biomédicas actuales se ven afectadas por factores de comportamiento humano (adherencia, conductas de riesgos) y requieren de iniciativas socio-conductuales para reforzar su eficacia. En conjunto, con las intervenciones biomédicas se ofrecen además paquetes de prevención relativamente robustos (pruebas de VIH, consejería para la reducción de riesgos, provisión de condones y la quimio profilaxis pos-exposición). Los estudios han mostrado resultados discretos de reducción en el riesgo sexual y una incidencia más baja del VIH en la población general.¹¹

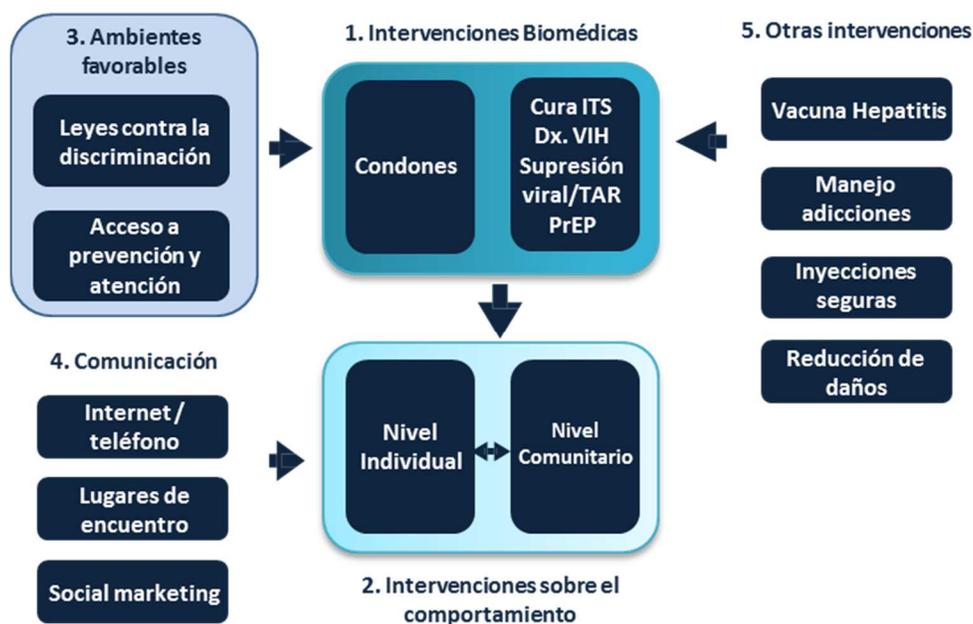
Figura 2. Esferas altamente efectivas de la prevención del VIH



Fuente: Adaptado de Coates y Gable, 2008.

En la respuesta nacional se establece como marco de acción las esferas de prevención, detección, atención integral y vigilancia (Figura 2); todas ellas consideran la interculturalidad, la diversidad sexual, perspectiva de género, los derechos humanos y la calidad, como ejes transversales en la provisión de servicios, incluyendo de y aplicable a la población clave, como se muestra en la Figura 3.

Figura 3. Marco general para la prevención del VIH e ITS en poblaciones clave



Fuente: Prevención y atención en materia de VIH sobre la base de la evidencia. Rafael Mazín, OPS/OMS, 2013.

Contar con estrategias de prevención integrales es una condición necesaria pero no suficiente para mitigar los daños originados por el VIH y otras ITS. La calidad de la atención es un componente sustantivo para mejorar los servicios y resultados de salud personales y públicos. Ésta, es una de las once funciones esenciales de salud pública según la OPS y de las menos desarrolladas en los sistemas y servicios de salud.¹² A lo largo del tiempo se han realizado diversas aproximaciones a este componente, desde Donabedian, quien señala que la calidad de la atención consta de dos componentes: la dimensión

técnica y la dimensión interpersonal. Por otra parte, el Instituto de la Medicina (IOM por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos definió a la calidad como “la medida en que los servicios de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados esperados en salud y son coherentes con el conocimiento profesional actual”; asimismo, los servicios médicos de alta calidad se definen como seguros, eficaces, oportunos y centrados en el paciente.¹¹

¹¹ Atención segura se refiere a no causar a pacientes daños derivados de una prestación cuyo objetivo es ayudarlos. Atención eficaz se refiere a aplicar prácticas o procedimientos médicos acordes con los conocimientos científicos disponibles a personas y comunidades que puedan beneficiarse de ellos. La atención centrada en el paciente establece una asociación entre profesionales y pacientes para garantizar que las decisiones referidas a la atención respeten los deseos, necesidades y preferencias de estos últimos; asegurar también que personas y sus familias reciban la información y el apoyo necesarios para adoptar decisiones y participar en su propio cuidado y

que en lugar de ocuparse principalmente de la enfermedad o los sistemas orgánicos, tenga en cuenta tanto las dimensiones psicosocial y cultural de la enfermedad como el contexto familiar y de la comunidad. Por atención oportuna se entiende no solo minimizar los retrasos innecesarios en la obtención de la atención, sino también proveer atención coordinada entre los diferentes prestadores y establecimientos, y entre todos los niveles de atención, desde los cuidados preventivos hasta los paliativos.



Continuo de la atención del VIH¹³

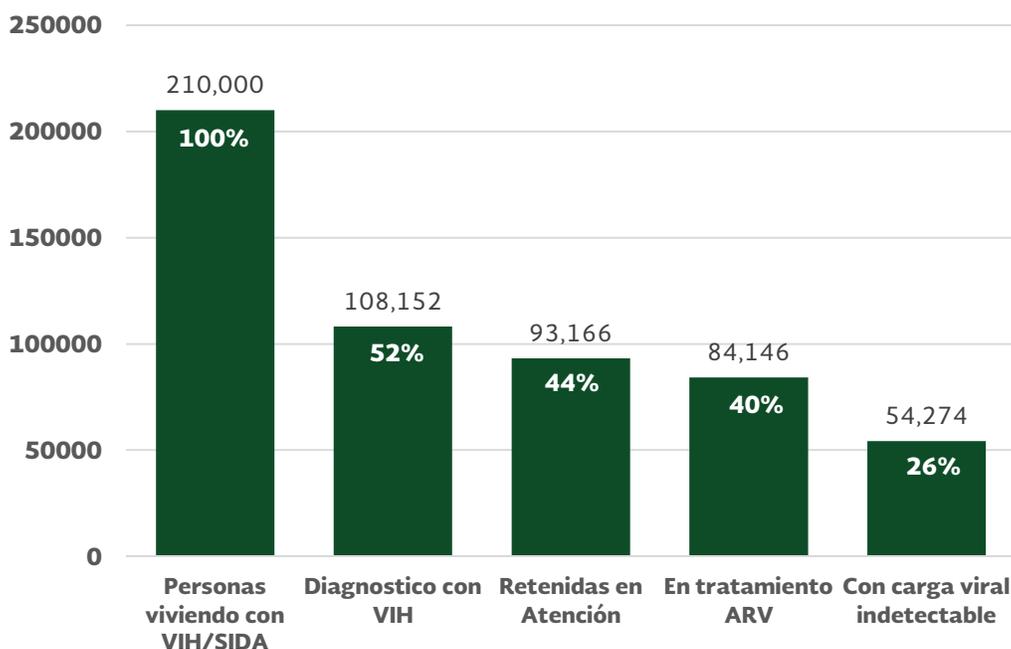
Actualmente, el marco de monitoreo para los programas de VIH se basa en el concepto de “el continuo de la atención” (del inglés continuum of care) que se realiza en forma de cascada a partir del diagnóstico, seguido de la vinculación a la red de atención, tratamiento, retención en atención y tratamiento, hasta la supresión de la carga viral.

De forma operativa, la cascada cuantifica el número de personas diagnosticadas, vinculadas, retenidas, en tratamiento y con carga viral suprimida, como proporción del número estimado de personas viviendo con VIH en el país (dato generado por modelos EPP/Spectrum o retrocálculo) en un determinado año de análisis.

La cascada permite analizar las brechas de efectividad e impacto de las políticas de diagnóstico, atención y tratamiento a nivel nacional y permite generar información estratégica valiosa para apoyar la expansión y sostenibilidad del tratamiento antirretroviral.

México ha adoptado este marco referencia, para lo cual se retoma un primer ejercicio de estimación de su cascada nacional, el cual permite observar la situación actual y los retos que el país enfrentará en los próximos años. (Figura 4.¹⁴

Figura 4. Cascada de México 2012



Fuente: Magis C, Saavedra J. y Bravo E. La atención médica a las personas que viven con VIH/SIDA: la cascada de México, 2013.

Infecciones de Transmisión Sexual

La mayoría de los esfuerzos se han centrado en la infección por VIH y es necesario también fortalecer la respuesta nacional a otras ITS. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) hay más de 30 microorganismos diferentes transmisibles por vía sexual que incluyen bacterias, virus y parásitos. Algunos, en particular el VIH y el treponema causante de la sífilis,

también se pueden transmitir de la madre al hijo durante el embarazo y el parto, así como a través de las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos.

Las infecciones de este tipo, no tratadas (tanto las que causan úlceras como las que no) pueden llegar a multiplicar por diez el riesgo de adquisición y transmisión del VIH, por consiguiente, su tratamiento temprano es

importante para reducir el riesgo de infección por este virus. El control de las ITS es importante para la prevención de la infección por el VIH, sobre todo en personas con comportamientos sexuales de alto riesgo. Algunas de las ITS son asintomáticas, por ejemplo, hasta 70% de mujeres y una importante proporción de hombres con infecciones gonocócicas o clamidiales no presentan ningún síntoma. Tanto las ITS sintomáticas como las asintomáticas pueden producir complicaciones graves.¹⁵

Las ITS representan un serio problema de salud pública en todo el mundo. La OMS estimó en 2013 que se producen en el mundo 500 millones de casos nuevos de ITS curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) cada año, en adultos de 15 a 49 años; esta cifra no incluye las infecciones por el VIH y otras ITS,¹⁶ siendo similar tanto en mujeres como en hombres. Para tener una idea de la relevancia de estos padecimientos en la salud de la población, la OMS destaca que:

- En las mujeres, las infecciones por gonococo y clamidia que no son tratadas a tiempo, pueden llegar a generar enfermedad pélvica inflamatoria hasta en 40% de los casos, y uno de cada cuatro de estos casos provoca infertilidad.
- En el embarazo, la sífilis temprana no tratada puede provocar una tasa de mortalidad de hasta 25% y 14% de las muertes neonatales, lo que significa alrededor de 40% de la mortalidad perinatal global.
- El desarrollo de nuevas vacunas contra la infección por el virus del papiloma humano (VPH) podría evitar cada año la muerte prematura de aproximadamente 240 mil mujeres por cáncer cervicouterino, en las poblaciones de escasos recursos.
- Finalmente, en todo el mundo, cerca de 4 mil recién nacidos al año quedan ciegos como consecuencia de infecciones oculares atribuibles a infecciones gonocócicas y por clamidia maternas no tratadas.¹⁷

El tratamiento efectivo de estas infecciones es la base para su control, ya que previene el desarrollo de complicaciones y secuelas, reduce su diseminación y brinda una ventana de oportunidad para la educación de la población. El método tradicional para diagnosticarlas son las pruebas de laboratorio, pero es frecuente que no estén disponibles, que el costo sea demasiado alto o que sean poco confiables. Para superar este problema en muchos países en desarrollo se ha establecido el manejo sintomático para inicio del tratamiento correspondiente. Por lo anterior, la OMS desde 1990 lo recomienda en pacientes que presenten síntomas y signos que se observen regularmente en algunas de estas infecciones.¹⁸

Las personas pueden reducir el riesgo de infección por el VIH y a otras ITS limitando su exposición a los factores de riesgo. Los principales métodos para prevenir el contagio, a menudo utilizados de manera combinada, incluyen: el uso de preservativos (masculinos y femeninos); las pruebas de detección y asesoramiento en relación al VIH e ITS, altamente recomendada para todas las personas expuestas a cualquiera de los factores de riesgo; circuncisión masculina voluntaria practicada por personal médico, reduce 60% el riesgo de que un hombre resulte infectado por el VIH al mantener relaciones sexuales heterosexuales; y prevención basada en el uso de antirretrovirales, entre otras.¹⁹

Diversidad sexual y derechos humanos

El término diversidad sexual cuestiona la idea de que hay una única manera de practicar la sexualidad; al contrario, hace visible la existencia de muchas formas de expresarla y destaca que ninguna de ellas debe ser objeto o motivo de discriminación, mientras no se cometan delitos y se respete la integridad y los derechos de las personas. Las personas de la diversidad sexual incluyen lesbianas, homosexuales, bisexuales, travestis, transgénero, transexuales, e intersexuales y los hombres que tienen sexo con hombres.

La discriminación por motivos de orientación sexual (preferencia sexual) o identidad de género, incluye toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en la orientación sexual o la identidad de género que tenga por objeto o por resultado la anulación o la disminución de la igualdad ante la ley o del reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales. Este tipo de discriminación generalmente se ve agravada por la discriminación basada en otras causas como el género, la raza, la edad, la religión, la discapacidad, el estado de salud y la condición económica.

En el ámbito internacional, se reconoce que el estigma y la discriminación contra la diversidad sexual se refleja, entre otras circunstancias, a través de actos violentos al derecho a la vida privada, la cual se vulnera a través de actos de odio o de violencia, como ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias que vulneran el derecho a la vida, a la integridad y la seguridad personal o del acoso en las escuelas o en el trabajo, lo que termina afectando la dignidad de las personas y obstaculiza su acceso a los servicios de salud.²⁰ En la legislación nacional mexicana se reconoce que una de las prácticas discriminatorias contra la diversidad sexual es realizar o promover el maltrato físico o psicológico por asumir públicamente la preferencia sexual.

En marzo de 2011, ambas cámaras del Poder Legislativo Federal aprobaron la reforma Constitucional en la que se incluye el término de preferencias sexuales, expresamente en el artículo 1°.

Por otra parte, según la Encuesta Nacional sobre Discriminación 2010, en México una de cada dos personas lesbianas, homosexuales o bisexuales considera que el principal problema que enfrenta es la discriminación, seguida de la falta de aceptación, las críticas y las burlas. Asimismo, poco más de la mitad de las personas de diversidad sexual de nivel socioeconómico bajo y muy bajo, y una de cada tres de nivel medio alto y alto, opinan que la discriminación es su principal problema.²¹

Los derechos humanos son inherentes a todas las personas sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua o cualquier otra condición; de igual forma, son universales, interdependientes, indivisibles, inalienables y progresivos. Una sociedad democrática y diversa tiene que reconocer sus prejuicios para poder combatirlos a partir del reconocimiento de los derechos humanos de las personas, entre ellas las denominadas personas de la diversidad.

Cuando hablamos de combatir o erradicar la discriminación y particularmente cuando se señala la existencia de prácticas homofóbicas, es recurrente la exhortación a la tolerancia o el respeto frente a lo diferente. El derecho a la no discriminación y a la igualdad de trato es una responsabilidad del Estado mexicano establecida en su marco jurídico, y es una obligación asumida ante la comunidad internacional mediante la firma y ratificación de diversos instrumentos internacionales de derechos humanos.

En virtud de lo anterior, en México se debe respetar, garantizar, proteger, satisfacer y promover el derecho a la no discriminación dentro del territorio nacional y contribuir a su realización en el ámbito internacional para que todas las personas tengan la posibilidad de disfrutar y ejercer sus derechos humanos sin ningún tipo de discriminación.²²



II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

El Programa de VIH, Sida e ITS 2013-2018, se sustenta en el marco jurídico y normativo que enmarcan las acciones de prevención, atención y control del VIH e ITS. Las bases jurídicas que respaldan al Programa parten de lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Legislación Federal y sus Reglamentos; asimismo, en las Normas Oficiales Mexicanas elaboradas para dar respuesta a estos fines, las cuales se listan a continuación:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos²³

Artículo 1° tercer párrafo establece que: Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Artículo 4° tercer párrafo, afirma que: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, y establece que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

La Secretaría de Salud (SSA) es el órgano rector encargado de dictar y normar las acciones dirigidas a la población para prevenir, atender y controlar el VIH, el sida e ITS, entre otras.

Ley General de Salud²⁴

La Ley General de Salud se aplica en toda la República Mexicana y sus disposiciones son de orden público e interés social, asimismo, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Bajo este sustento, se desarrolla y reglamenta el derecho a la protección de la salud en los términos que señala la Constitución.

El Artículo 2° establece las finalidades del derecho a la protección de la salud y conforme en lo que establece el artículo 3° fracción XVII y XXX, es materia de salubridad

general la prevención y el control de la enfermedades transmisibles entre ellas el síndrome de inmunodeficiencia adquirida correspondiendo a la SSA y a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, realizar actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de enfermedades transmisibles entre las que se encuentra el sida.

En el Artículo 7° se establece que la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la SSA y que le corresponde, entre otras atribuciones, establecer y conducir la política nacional en materia de salud (fracción I) y coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen (frac. II).

En concordancia con lo anterior, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en el Artículo 39 establece que a la Secretaría de Salud le corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen (frac. I).

Ley de Planeación²⁵

En cumplimiento de esta Ley, el Gobierno de la República difundió el PND 2013-2018 y posteriormente se publicó el PROSESA 2013-2018 y conforme a los siguientes artículos:

Artículo 9. Las dependencias de la Administración Pública centralizada deberán planear y conducir sus actividades con perspectiva de género y con sujeción a los objetivos y prioridades de planeación nacional de desarrollo, a fin de cumplir con la obligación del Estado de garantizar que éste sea equitativo, integral y sustentable.

Artículo 14. Corresponde a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público cuidar que el plan y los programas que se generen en el Sistema, mantengan congruencia con su elaboración y contenido, asimismo con los artículos 16 (fracciones III, IV, VII), 22, 23, 27, 28 y 32.

Artículo 24. Los programas institucionales que deban elaborar las entidades paraestatales, se sujetarán a las previsiones contenidas en el plan y en el programa sectorial correspondiente. Las entidades, al elaborar sus programas institucionales, se ajustarán, en lo conducente, a la ley que regule su organización y funcionamiento.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación²⁶

Artículo 1º. Para los efectos de esta ley se entenderá por: III. Discriminación toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que, por acción u omisión, con intención o sin ella, no sea objetiva, racional ni proporcional y tenga por objeto o resultado obstaculizar, restringir, impedir menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades, cuando se base en uno o más de los siguientes motivos: el origen étnico o nacional, el color de la piel, la cultura, el sexo, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, económica, de salud o jurídica, la religión, la apariencia física las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud²⁷

Artículo 46 (fracs. I-XX). Corresponde al Censida: Proponer las políticas y estrategias nacionales en materia de prevención, atención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y las infecciones de transmisión sexual, y evaluar su impacto; supervisar y evaluar el desarrollo, la aplicación y el impacto de las medidas de prevención, atención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y de las infecciones de transmisión sexual; formular el programa para la Prevención y el Control del VIH y sida y otras infecciones de transmisión sexual, en coordinación con las unidades administrativas competentes; así como evaluar la ejecución del citado programa; entre otras.

Acuerdo del Consejo de Salubridad General por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH y sida en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud²⁸

El acuerdo señala acciones específicas para la prevención, atención y control del VIH y sida que deben llevar a cabo las instituciones públicas de salud:

I) Acciones que garanticen la adherencia al tratamiento de los pacientes con la infección y enfermedad con base en

los lineamientos que establezca el Censida; II) El personal de salud responsable de la atención de los pacientes debe utilizar, obligatoriamente, la guía vigente de manejo antirretroviral de las PVV, publicada por el Conasida; III) Crear y compartir el Registro Único Nominal Confidencial de usuarios de medicamentos antirretrovirales, bajo la coordinación del Censida; IV) Realizar campañas específicas de información y educación para prevenir la transmisión del VIH, dirigidas especialmente a los grupos con mayor vulnerabilidad y riesgo, con especial énfasis en HSH, TS y PUDI; y V) Apoyar y reforzar las acciones para prevenir y reducir dentro de sus instituciones, el estigma y la discriminación de los pacientes con VIH y sida.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana²⁹

La Norma tiene por objeto actualizar y uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto a las actividades de prevención y el control de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Se establecen asimismo los aspectos principales para la detección, atención, tratamiento y control del VIH y sida, en un marco de confidencialidad, siendo una disposición de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todas las instituciones y personal del Sistema Nacional de Salud involucrado en la atención a las personas que viven con el VIH y sida. Las autoridades responsables de hacerla cumplir de manera directa son el Censida y los programas estatales de prevención y control del VIH y sida.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual³⁰

Establece la obligación de realizar programas educativos para orientar y capacitar sobre las ITS, mecanismos de transmisión, diagnóstico y tratamiento, tanto al personal médico como a la población en general. Su vigilancia corresponde a la SSA y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

Otras Normas Oficiales Mexicanas que son complementarias

- Norma Oficial Mexicana. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.³¹
- Norma Oficial Mexicana. NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de Planificación Familiar.³²
- Norma Oficial Mexicana. NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.³³

- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.³⁴
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. DOF. 19-X-2000.³⁵
- Norma Oficial Mexicana. NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.³⁶

Guías y Manuales

- Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, dirigida a personal de servicios de salud.³⁷
- Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH-2012.³⁸
- Guía de enfermería para la atención de personas con VIH.³⁹
- Guía diagnóstico y manejo de la sífilis en el embarazo y prevención de la sífilis congénita.⁴⁰
- Manual para personal de salud. VIH/sida y Salud Pública.⁴¹
- Manual de toma, envío y recepción de muestras para diagnóstico (REMU-MA-1) emitido por el INDRE.⁴²
- Manual de usuario de sistema SALVAR.⁴³



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

En enero del 2013 se cumplieron 30 años de la aparición del primer caso de sida en México y 25 años de la conformación del Consejo Nacional de Prevención y Control del sida (Conasida), tiempo en el cual se ha consolidado una respuesta amplia y horizontal al VIH y sida.

Los resultados de acciones continuas desde la década de los ochenta hasta nuestros días han facilitado cierto control sobre el curso de la epidemia. Hoy se aprecian nítidamente cambios respecto de las tendencias observadas una década atrás. Las modificaciones en los patrones de transmisión se fueron produciendo gradualmente y ha sido en la última década que se ha podido corroborar la existencia de cambios en la dinámica de la infección en el país.²

El VIH y sida son un grave problema de salud pública del mundo, especialmente en países de ingresos bajos o medios. Estimaciones recientes realizadas por el ONUSIDA y Censida, señalan tendencias alentadoras para México, ya que se muestra un comportamiento prácticamente estable de la prevalencia de VIH.⁴⁴

El comportamiento de las curvas de morbilidad por sida en el país, se puede dividir en tres etapas: desde 1983 hasta 1985 presentó un crecimiento lento en la etapa inicial. En 1986, se inició un crecimiento rápido hasta 1990, a partir de 1991 se observó un fenómeno de desaceleración de crecimiento amortiguado.⁴⁵

En México, la epidemia continúa concentrada dentro de las poblaciones de HSH, PTS, especialmente HTS y las PUDI, cuestión que refleja que se ha podido contener con éxito una generalización de la epidemia.

No obstante, el estigma y la discriminación relacionada con el VIH persisten como grandes obstáculos para una respuesta eficaz al VIH en todas partes del mundo, encuestas nacionales han encontrado que un trato discriminatorio de las personas que viven con VIH sigue siendo común, incluyendo el acceso a servicios de salud.

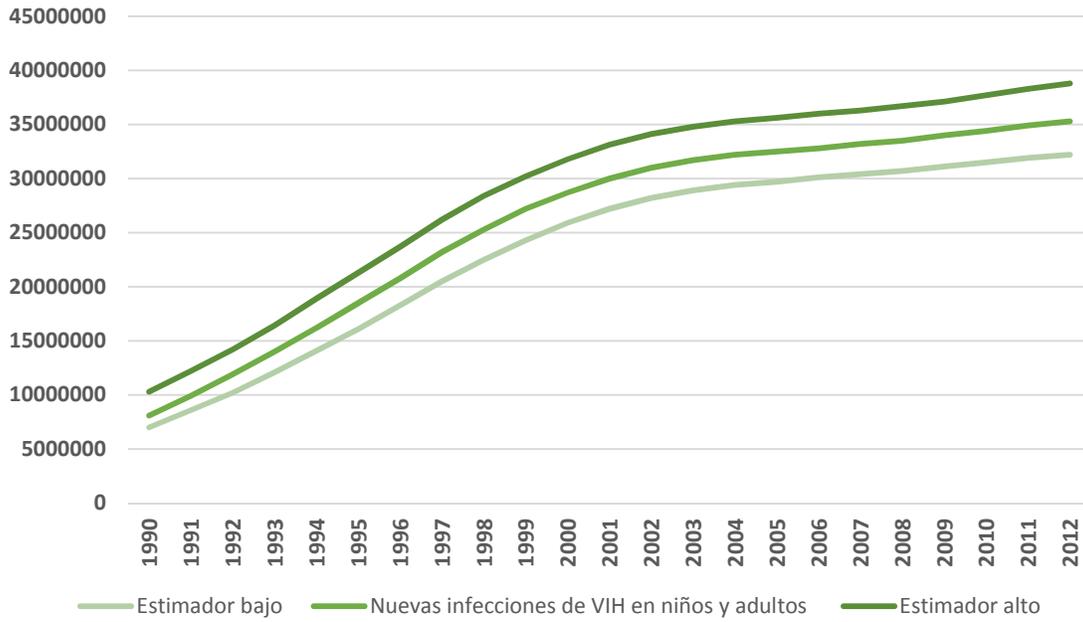
Además, las desigualdades de género y las normas de género perjudiciales continúan contribuyendo a la situación de desigualdad relacionada con VIH.

III.2 Situación Actual y Problemática

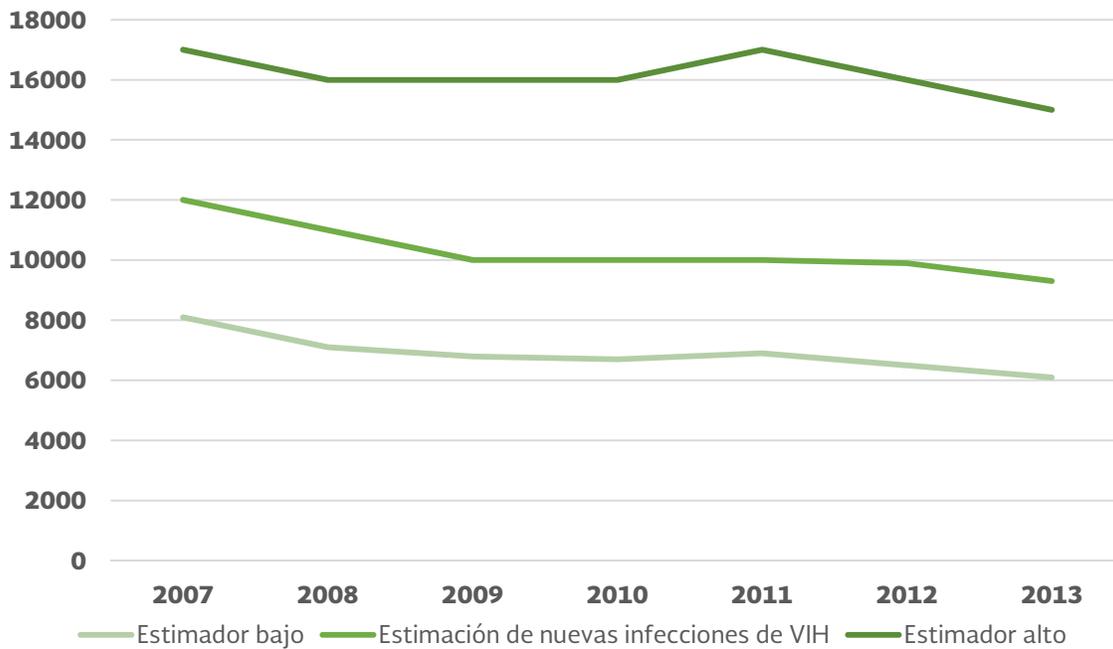
Internacional¹

En 2012, ONUSIDA estimó que 35.3 millones de personas [32.2 a 38.8 millones] vivían con VIH en el mundo y había 2.3 millones de infecciones nuevas (1.9 a 2.7 millones), mostrando un descenso del 33% (3.4 millones en 2001). Las muertes por sida también disminuyeron de 2.3 millones en 2005 (2.1 - 2.6 millones) a 1.6 millones (1.4 - 1.9 millones) en 2012; asimismo, el número anual de nuevas infecciones por VIH en adultos y adolescentes disminuyó en 50% o más en 26 países entre 2001 y 2012. (Gráficas 1 y 2)

Grafica 1. Personas que viven con el VIH en el mundo, 1990-2012



Grafica 2. Nuevas infecciones de VIH y muertes relacionadas con sida, en niños y adultos, en el mundo, 1990-2012





En el ámbito internacional, la prevalencia de VIH en PUDI es alta, alcanzando cifras de 28% en Asia donde la cobertura de prevención sigue siendo baja; de los 32 países involucrados sólo dos proporcionan el mínimo recomendado de jeringas estériles por año (≥ 200) para cada persona usuaria de drogas inyectables. Entre los 35 países que proporcionaron datos en 2013 para el reporte de ONUSIDA, todos excepto cuatro alcanzaron menos del 10% de usuarios de opiáceos con terapia de sustitución.

En cuanto a la cobertura de antirretrovirales entre mujeres embarazadas que viven con VIH alcanzó 62% en 2012, y los niños que se infectaron fueron 35% menos que en 2009.

Para países de ingresos bajos y medianos en 2012, 9.7 millones de personas recibieron TAR, representando el 61% de todos los que eran elegibles bajo las pautas de tratamiento del VIH, según la OMS (2010). Sin embargo, conforme a directrices de 2013, la cobertura de tratamiento de VIH representó 34% (32 a 37%) de los 28.3 millones de las personas elegibles. La TAR no sólo previene enfermedades relacionadas con el sida y la muerte, también reduce significativamente el riesgo de transmisión del VIH y la propagación de tuberculosis. Desde 1996 hasta 2012, la TAR evitó 6.6 millones de muertes relacionadas con el sida en el mundo, incluyendo a 5.5 millones de muertes en estos países.

Desde 2004, las muertes relacionadas con tuberculosis en PVV han disminuido en 36% a nivel mundial. La OMS estima que la ampliación de las actividades de colaboración VIH/TB (incluyendo pruebas del VIH, TAR y medidas preventivas recomendadas) impidió que 1.3 millones de personas murieran de 2005 a 2012.

Como una manifestación del papel de las cuestiones de género en las epidemias nacionales, un estudio reciente encontró que las mujeres que han experimentado violencia de pareja tienen 50% más de probabilidad de vivir con VIH. Casi todos los países (92%) que realizaron revisiones parciales de la respuesta nacional al sida reconocieron la necesidad de abordar las desigualdades de género.

En 2012, el 61% de los países informó sobre la existencia de leyes contra la discriminación que protegen a personas que viven con el virus, incluido México. La proporción de países que proveen servicios legales relacionados con VIH aumentó 45% (2008) a 55% (2012), pero la frecuente falta de servicios jurídicos accesibles significa que se tratan pocos casos de discriminación relacionados con este tema. La criminalización de las poblaciones clave sigue siendo generalizada, y 60% de países informan tener leyes, regulaciones o políticas que presentan obstáculos para la prevención eficaz del VIH y el tratamiento.

En América Latina (AL), la epidemia continúa con tendencias de estabilización en niveles comparativamente bajos, cerca de 100 mil personas adquieren la infección por VIH y se esparce primordialmente dentro y alrededor de las redes de personas del grupo de HSH, según ONUSIDA. El Informe nacional de avances en la lucha contra el sida México 2012, reporta que más del 70% de las PVV residían en los cuatro países más grandes de AL, Argentina, Brasil, Colombia y México.⁴⁶ El número total de las nuevas infecciones, se estabilizó en los primeros años del nuevo milenio y ha permanecido estable desde entonces en 100 mil (73 a 140 mil) al año, mientras que se ha reducido el número de muertes anuales relacionadas con la epidemia que para 2010 se estimaron 67 mil (45 a 92 mil) muertes en la región.

Estudios regionales documentan prevalencias de al menos 10% en el grupo de HSH en nueve países, que llegan a ser tan altas (19%) en algunas ciudades.⁴⁷ Asimismo, las PUDI representan un grupo de concentración de la epidemia en la región, especialmente en países del Cono Sur de Sudamérica y México; también el grupo de riesgo de las personas que se dedican al trabajo sexual, especialmente los HTS. Durante los últimos diez años, la prevalencia de infección por VIH en la región se ha mantenido estable (cerca de 0.4%) donde el 65% de las PVV eran hombres² En países que tienen frontera con México, como Belice, la prevalencia es de 1.4% (1.3% a 1.6%).

Los niveles de la infección por VIH reportados en HSH en América Latina son de 12% (América 8% y el Caribe 7%); de acuerdo con la forma de transmisión, los HSH representan la fuente más grande de nuevas infecciones en la región, oscilando desde 33% en República Dominicana a 56% en Perú.

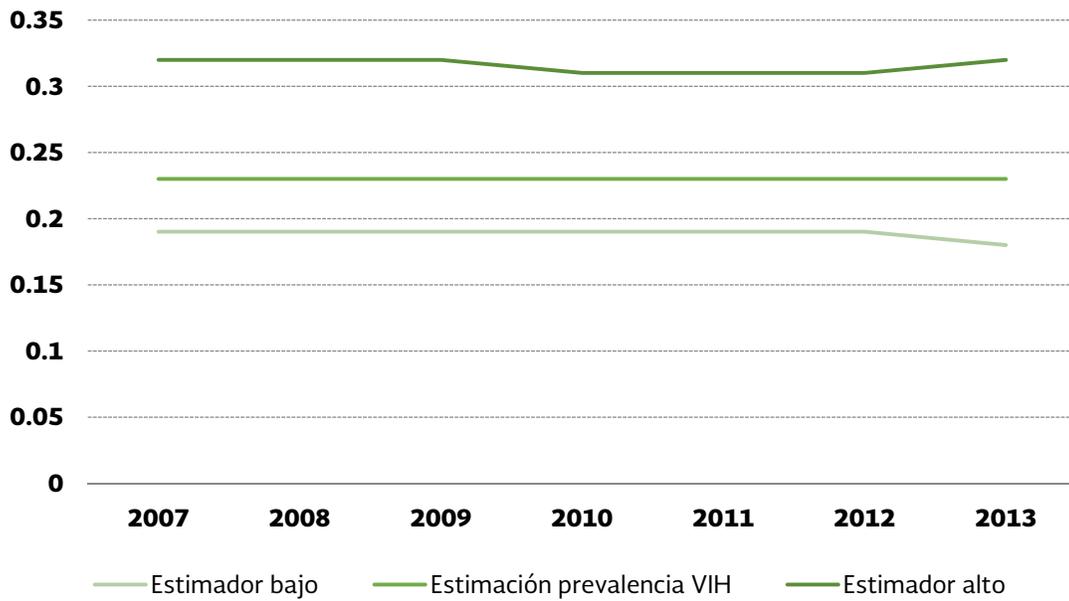
Nacional

En México, hasta el cierre de 2013, se han notificado 217,987 casos históricos de VIH y sida en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y se estima que en la actualidad existen cerca de 180 mil personas con VIH de todas las edades con un rango de plausibilidad de la estimación entre 140 y 230 mil, de las cuales para el cierre del 2013 se tienen notificadas 112,663 personas vivas (48,769 con VIH y 63,894 casos de sida), y han fallecido de manera acumulada 97,592 personas con VIH². (Gráfica 3)⁴⁸

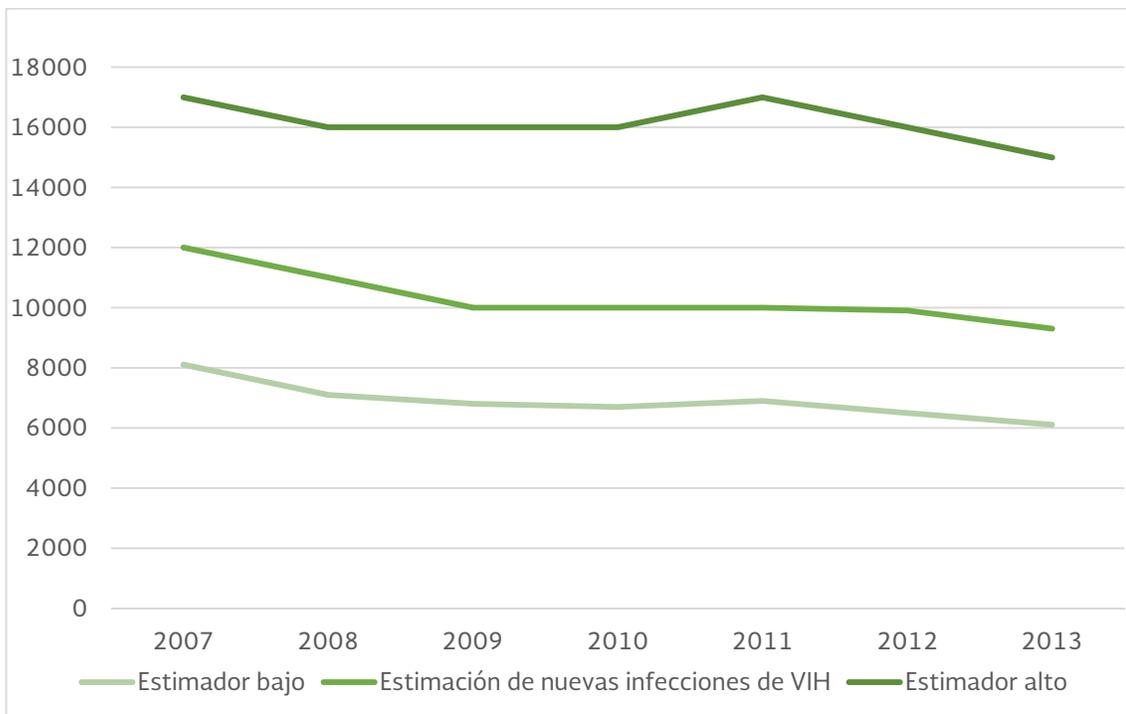
Al considerar las estimaciones para infecciones nuevas por VIH en adultos y niños, se ha observado un descenso considerable entre 2005 y 2013, pasando de 15 mil a 9 mil 300; destacando una aparente estabilización en el periodo 2009-2011, con 10 mil infecciones nuevas, y una disminución adicional en los dos años subsecuentes. (Gráfica 4)

⁴⁶ Beyrer C, et al, 2010; Kerr L, et al, 2012; Tinajeros F, et al, 2011 citados en ONUSIDA, 2012.

Grafica 3. Prevalencia del VIH en población de 15-49 años. México, 2013



Grafica 4. Nuevas infecciones por VIH en niños y adultos. México, 2007-2013



Respecto de los casos de sida notificados por grupo de edad y sexo en el periodo de 1983 a 2013, destaca que el grupo de edad de 30 a 34 años es el más afectado en los sexos masculino y femenino (84.2% y 15.8%, respectivamente), seguido por el de 25 a 29 años de edad con aproximadamente la misma proporción. Esta

tendencia se repite en ocho grupos de edad más. Si se considera el total de casos, el grueso de ellos corresponde al sexo masculino. Sólo, en personas de 9 años de edad y menores se acercan las proporciones al 50% en ambos sexos. (Tabla 1)

Tabla 1. Casos notificados de sida por grupo de edad y sexo. México, 1983-2013*

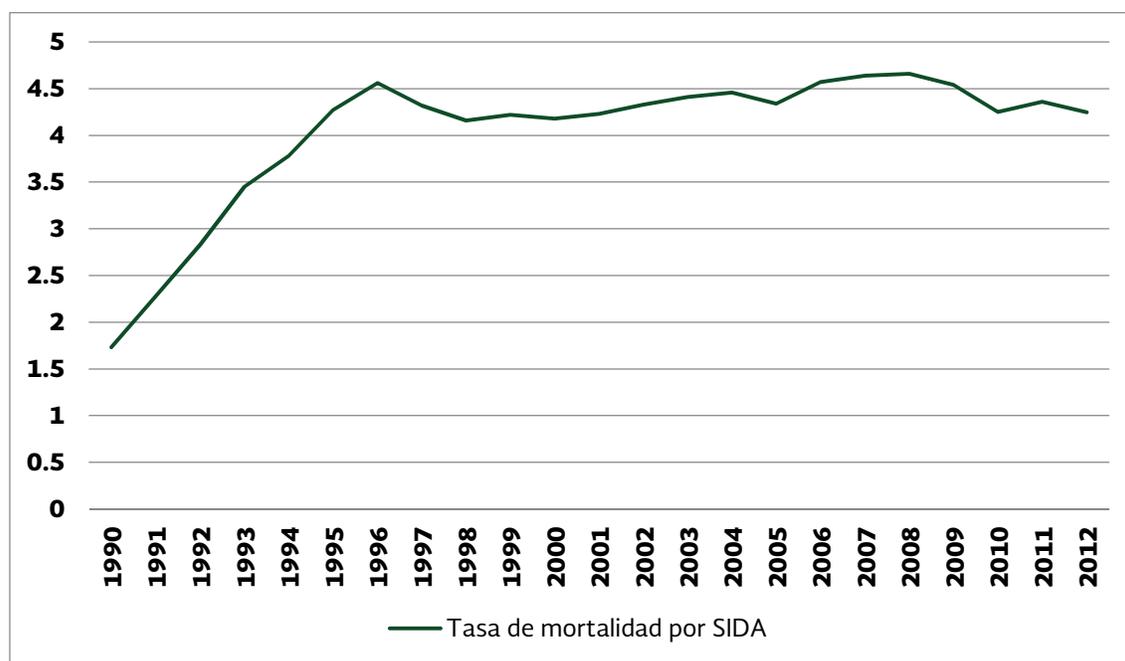
Grupos de edad (años)	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	(%)∞	Casos	(%)∞	Casos	(%)∞
<1	532	52.9	473	47.1	1005	0.6
1 a 4	741	51.6	694	48.4	1435	0.9
5 a 9	368	51.3	349	48.7	717	0.4
10 a 14	287	60.3	189	39.7	476	0.3
15 a 19	2101	67.8	997	32.2	3098	1.9
20 a 24	12834	78.0	3616	22.0	16450	9.9
25 a 29	24776	83.0	5090	17.0	29866	18.0
30 a 34	27382	84.2	5120	15.8	32502	19.5
35 a 39	22829	84.5	4174	15.5	27003	16.2
40 a 44	16450	83.6	3221	16.4	19671	11.8
45 a 49	10900	83.2	2206	16.8	13106	7.9
50 a 54	6927	81.6	1565	18.4	8492	5.1
55 a 59	4405	81.8	981	18.2	5386	3.2
60 a 64	2589	83.1	526	16.9	3115	1.9
65 y más	2573	84.8	460	15.2	3033	1.8
Ignorado	876	86.3	139	13.7	1015	0.6
Total	136,570	82.1	29,800	17.9	166,370	100.0

Respecto del total de casos *Información preliminar hasta el 30 de septiembre de 2013. Procesó: DGE/SSA. Fuente: SUIVE/DGE/SSA. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH y sida.

En el caso de mortalidad, a pesar de que actualmente vivir con VIH puede considerarse una condición crónica, gracias a los medicamentos innovadores para combatir la infección y al incremento del acceso universal, la reducción de la misma continúa siendo un reto permanente en el país y en el mundo.⁴⁷

De acuerdo con cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), al cierre de 2012 se reportaron 4,974 defunciones por VIH, con una tasa de 4.2 muertes por 100 mil habitantes, cifra ligeramente superior a la de 2003, cuando se logró el acceso universal (en el año 2012, 84 mil personas estaban recibiendo TAR en todo el país). Sin embargo, entre 2003-2011, casi 45 mil personas murieron por causa del sida. Por ende, la mortalidad no ha disminuido en la forma deseable. (Gráfica 5)

Gráfica 5. Tasa de mortalidad por VIH. México, 1990-2012



Fuente: Censida

Infecciones de transmisión sexual

Entre 1987 y 2012 las encuestas nacionales reportaron la prevalencia de las ITS más comunes como sífilis, hepatitis C y VIH. Es importante mencionar que la prevalencia de sífilis afecta tanto a hombres (1.29%) como a mujeres (1.75%) y la hepatitis C y VIH se presenta mayormente en hombres (0.24 y 0.28, respectivamente). (Tabla 2)

Tabla 2. Prevalencias de sífilis, hepatitis C y VIH en población general

Padecimiento	ENSA 1987	ENSA 2000	ENSANUT 2006	ENSANUT 2012
Sífilis	ND	3.10%	1.10%	1.53%, población 15-49 años, 1.56% adultos 0-49 años, 1.38% adolescentes 15-19 años, 1.29% hombres, 1.75% mujeres.
Hepatitis C	ND	1.40%	ND	0.16% población 15-49 años, 0.18% adultos 20-49 años, 0.24% hombres, 0.09% mujeres.
VIH	0.06%	0.25%	0.06%	0.15% población 15-49 años, 0.17% adultos 20-49 años, 0.10% adolescentes 15-19 años, 0.28% hombres, 0.05% mujeres.

Ensa: Encuesta Nacional de Salud; Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; ND: no disponible.

Fuente: Censida.

Según datos del SUIVE, al cierre de 2012 se registraron 165,411 casos de ITS (Tabla 3). Del total de casos, 66.7% corresponden a tricomoniasis urogenital, con una tendencia constante durante los últimos seis años y frecuentemente detectada en el sexo femenino. En la segunda posición (24.2%) se encuentra el VPH, con mayor frecuencia en las mujeres y una tendencia casi homogénea en los últimos años.

El chancro blando presentó 629 casos con un comportamiento similar desde años anteriores. En este mismo año se registraron 77 casos nuevos de sífilis congénita, tendencia que se mantiene constante en los últimos seis años, registrando en promedio 99 casos por año. Las ITS más frecuentes en estos últimos años no muestran una diferencia importante entre los sexos. La tricomoniasis urogenital y el VPH, fueron detectadas con mayor frecuencia en mujeres mientras que el VIH y la hepatitis B, en los hombres. Cabe hacer mención que existe un subregistro en la información disponible.

Tabla 3. Casos de infecciones de transmisión sexual en población general, 2006-2012

Infecciones de transmisión sexual	2006		2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Porcentaje (número)							
Chancro blando	0.4 (801)	0.3 (632)	0.36 (606)	0.4 (605)	0.4 (608)	0.4 (716)	0.4 (629)	
Hepatitis aguda tipo B	0.4 (855)	0.5 (844)	0.65 (1107)	0.5 (854)	0.5 (823)	0.5 (756)	0.5 (769)	
Herpes genital	1.0 (1,982)	1.1 (1,926)	1.25 (2,131)	1.5 (2,436)	1.5 (2,553)	1.7 (2,857)	1.7 (2,891)	
Infecciones asintomática por VIH	1.7 (3,370)	1.7 (3,086)	1.95 (3,335)	2.1 (3,484)	3.0 (5,049)	3.0 (4,901)	3.4 (5,706)	
Infección gonocócica	0.6 (1,256)	0.7 (1,203)	0.64 (1,089)	0.6 (1,001)	0.9 (1,438)	0.9 (1,404)	0.8 (1,400)	
Linfogranuloma venéreo por clamidias	0.1 (254)	0.1 (211)	0.14 (233)	0.2 (276)	0.2 (341)	0.2 (250)	0.1 (186)	
Sífilis adquirida	1.3 (2,562)	1.4 (2,573)	1.47 (2,510)	1.3 (2,191)	1.3 (2,160)	1.7 (2,793)	2.0 3,286	
Sífilis congénita	0.0 (78)	0.1 (148)	0.10 (168)	0.1 (86)	0.0 (62)	0.0 (67)	0.0 (77)	
Tricomoniasis urogenital	82.6 (167,748)	82.3 (149,395)	79.72 (136,002)	76.2 (127,125)	73.6 (124,310)	69.5 (113,843)	66.7 (110,361)	
Virus del papiloma humano	11.9 (241,31)	11.9 (21532)	13.73 (23,418)	17.2 (28,734)	18.7 (31,517)	22.2 (36,333)	24.2 (40,106)	
Total	100.0 (203,037)	100.0 (181,550)	100.0 (170,599)	100.0 (166,792)	100.0 (168,861)	100.0 (163,920)	100.0 (165,411)	

Fuente: SSA/Cenaprece/DGE/Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) 2003-2009. Datos definitivos. SSA/DGEPI. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica 2010 (SUIVE). Datos definitivos. Sinave/DGE/Salud/Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica/ Acceso al cierre de 2011, cifras 2012 preliminares.



Al considerar la situación actual nacional, en 2012 la prevalencia de infección por VIH fue 0.24%, en el grupo de 15 a 49 años de edad, lo que indica que 24 de cada 10,000 personas viven con VIH, cifra inferior a la de América Latina (0.4%).⁴⁹

En 2012, se notificaron 11,281 casos nuevos diagnosticados, de estos 5,798 fueron seropositivos a VIH y 5,483 en etapa de sida; en ambos casos, en su mayoría hombres (80% y 75%, respectivamente). La razón hombre/mujer de personas diagnosticadas con VIH fue de 3 a 1 y para casos de sida fue de 4 a 1. Al 30 de septiembre de 2013, se contaba con 109,265 PVV.

Principales vías de transmisión

Transmisión sexual

Esta es la vía de transmisión predominante. Una comparación entre casos acumulados y nuevos muestra que entre los HSH más jóvenes (15-29 años) se ha alterado la proporción de sida y VIH. El 70% y 60% son de casos de sida; el 60% y 67% son de infecciones de VIH masculinas históricas y nuevas. Similarmente ocurre entre el grupo de 30 años y más, ya que en los casos nuevos del sida hay 11 y 5 puntos porcentuales, respectivamente, de incremento en los de VIH por la vía de transmisión sexual, lo que elevaría a 68% y 64% la proporción de casos de sida y VIH en heterosexuales cuando en la historia de la epidemia representan el 57% y 59%, respectivamente.

Sin embargo, cabe aclarar que existen indicios de una falsa declaración de la identidad sexual. En una pequeña muestra de hombres con sida registrados como heterosexuales se constató que cerca del 35% de quienes fueron notificados como heterosexuales, eran en realidad HSH.⁵⁰

Estudios recientes en HSH y HTS muestran prevalencias promedio de 17% y 18%, respectivamente;⁵¹ mientras que estudios centinela de los años noventa estimaron 15.5% (HSH) y 13.6% (HTS). En las MTS se observó una prevalencia de apenas 0.4% en 1990;⁵² no obstante, encuestas recientes encontraron grandes variaciones según la ciudad, que van del 0.6% al 6.4%. En las ciudades del norte del país, donde se hallaron prevalencias más grandes y que las MTS frecuentemente utilizan drogas inyectadas.

Transmisión sanguínea

Desde 1986 existen disposiciones legales que prohíben la comercialización de la sangre y obligan a que la sangre de toda persona donante voluntaria sea analizada previamente a su utilización. En 1989, el 17% de los casos reportados fueron por esta vía. Actualmente sólo acumula 3.2% y 3.7% de los casos de sida en hombres jóvenes y adultos, respectivamente, y 1.1% de los casos de VIH para ambas edades,⁵³ y posee un importante peso relativo en

los casos acumulados de sida para mujeres jóvenes y adultas (5.8% y 5.5%, respectivamente), dado el peso que tuvieron los casos del pasado por la contaminación de los bancos de sangre antes de la prohibición.

Transmisión por uso de drogas intravenosas

El compartido uso de drogas inyectadas incrementa el riesgo de contraer infecciones por vía sanguínea, razón por la cual las PUDI están en situación de desigualdad, también debido a conductas de riesgo individual condicionadas en parte por factores socioestructurales.

En el año 2000, Argentina, Uruguay y Brasil mostraban altos porcentajes de casos de sida en PUDI (41.9%, 26.3% y 21.7%, respectivamente) y México presentaba apenas 0.6% de casos acumulados de sida.⁵⁴ En hombres, los casos acumulados en 2012 ascienden a 1.5% o a 1.9% si se combina HSH con PUDI. En 2007, las PUDI diagnosticadas representaron 4% del total en hombres, y 1.6% en mujeres. Datos preliminares para 2012, en PUDI diagnosticadas, confirman la tendencia esperada a la expansión de la epidemia, 2.1% de los hombres y 1.3% de las mujeres.

Un estudio encontró que el 45% de los casos relativamente nuevos (2003-2008) se concentra en cuatro ciudades: Tijuana, Guadalajara, Ciudad Juárez y Hermosillo. Además, estimó que estas urbes albergan aproximadamente 50% de las PUDI del país, lo que significa un elevado grado de concentración geográfica de la epidemia y de población vulnerable por esta vía de infección.⁵⁵

Durante 2006 y 2007, un estudio de cohorte en 1,056 PUDI (898 hombres y 158 mujeres) residentes de Tijuana, arrojó una prevalencia general de VIH de 4.4%. La prevalencia en mujeres UDI fue tres veces mayor que en hombres (10.5% frente a 3.4%), empero sólo 15% son mujeres PUDI. La encuesta del Fondo Mundial de 2011, estimó una prevalencia de PUDI de 4.2 a 7.7% en tres ciudades (4.2% en Tijuana, 5.2% en Hermosillo y 7.7% en Ciudad Juárez).⁵⁶ La Tabla 4 muestra estimaciones de población clave en el rango de edad de 15 a 49 años, entre 2012 y 2014.

Transmisión vertical

Desde inicio de la epidemia hasta junio del 2013, se han contabilizado 2,402 casos de transmisión vertical del VIH (49.8% niños y 50.2% niñas). De estos, 1,235 menores están vivos (51.4%) y 973 fallecieron (40.5%). Para 2012, se reportaron 131 casos de VIH y sida por transmisión vertical. De 2010 a 2013, más del 50% de los casos de VIH y sida acumulados por transmisión vertical se concentraron en: Oaxaca (8.3%), Guerrero (10.0%), Chiapas (12.2%) y Veracruz (20.6%). El resto de entidades federativas están en un rango de 0.6 a 6.7%.

Tabla 4. Población clave de 15-49 años de edad, 2012-2014

Población clave	Año y número de personas		
	2012*	2013**	2014**
HSH	1,136,833	1,144,836	1,151,810
UDI	50,000 -100,000	50,000 -100,000	50,000 -100,000
MTS	205,379	206,825	208,085
HTS	18,122	18,249	18,360
PPL	235,528	237,240	238,685
Transgénero	28,995	29,199	29,377

*Estimaciones puntuales **Proyecciones.

Fuente: ONUSIDA y Censida. Spectrum 4.69.

Sífilis congénita

Este padecimiento está sujeto a vigilancia epidemiológica y notificación inmediata, el promedio anual de casos probables notificados en los últimos cinco años es de 200. En 2007, se notificaron 230 casos probables, confirmándose el diagnóstico sólo en 64.4% (148 casos), con una incidencia de 0.08 casos de sífilis congénita por 1,000 nacidos vivos estimados. En 2011, de 162 casos probables notificados se confirmó el diagnóstico en 67 (incidencia de 0.04 casos por mil nacidos vivos estimados).² En 2012, se reportaron 77 casos por institución (50.6% hombres), de los cuales 92.2% corresponden a la Secretaría de Salud y el porcentaje restante a IMSS ordinario, ISSSTE, SEDENA, entre otras.⁵⁷

El VIH y sida en las mujeres

Desde el primer caso de sida en México hasta 2012, se han notificado 20,706 casos de sida y 11,275 casos de VIH en mujeres de 15 y más años, representando 20.7% y 9.3% del total de casos de sida y VIH, en adultos. En los años noventa se muestra que por cada mujer con sida había 6 hombres; no obstante, en 2012 está relación descendió a 3.8 hombres por cada mujer con sida y a 2.9 hombres por cada mujer con VIH. Desde 2003 los casos que se diagnostican anualmente están mostrando una razón de masculinidad menor a cuatro casos en hombres por cada mujer de 15 y más años.

El VIH y sida en jóvenes

En jóvenes, de 15 a 24 años de edad, se diagnosticaron 2,799 infecciones de VIH y 1,772 casos de sida (2012), mostrando una razón de 4 contagios masculinos por cada mujer; en mayores de 30 años, la razón fue de 4.2, señalando que recientemente las mujeres más jóvenes están relativamente más expuestas al contagio que sus pares adultas. La ENSANUT 2012 encontró que 23% de los adolescentes, de 12 a 19 años de edad, ya habían iniciado su vida sexual y que 90% de ellos reportó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, y 78.5% respondió conocer la utilidad dual del condón para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual.

En adolescentes sexualmente activos, esta misma encuesta reportó que 85.3% de hombres y 66.6% de mujeres utilizaron algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual, por ende, las mujeres adolescentes que no usan condón en su primera relación sexual es poco más del doble que en hombres. Sin embargo, se observa una mejoría general, ya que la ENSA 2000 registró que uno de cada dos hombres sexualmente activos reportó haber usado el condón en la primera relación sexual (50.9%) y sólo una de cada cinco mujeres lo usó (22.9%).

El uso del preservativo se ha incrementado paulatinamente en nuestro país en los jóvenes de 12 a 15 años, donde 83% usó condón en su primera relación y 74% en la última. El porcentaje del uso de condón en la última relación sexual disminuye conforme aumenta la edad, 79% (16 a 19 años), 56% (20 a 29 años), 31% (30 a 39 años) y de 22% (40 a 49%).

En lo que se refiere al acceso de insumos y servicios de prevención y diagnóstico, 32.7% de adolescentes reportó haber recibido condones gratis (promedio de 7.7 condones gratuitos durante los últimos 12 meses), sólo 3.5% se realizó alguna vez en la vida la prueba de VIH; 43.6% de mujeres embarazadas adolescentes se realizó la prueba de detección de sífilis, y 59.6% la de VIH. Las cifras muestran una insuficiencia preocupante en este tipo de insumos y servicios en la población de adolescentes.

Situación del VIH y sida en las entidades federativas

En 2012, Quintana Roo (19.9 casos), Distrito Federal (13.6 casos), Yucatán (11.7 casos), Campeche (11.4 casos) y Veracruz (10.4 casos), mostraron mayores tasas de casos nuevos diagnosticados de VIH. Por otra parte, Campeche (12.8 casos), Guerrero (12.1 casos), Chiapas (9.9 casos), Distrito Federal (8.5 casos) y Tabasco (7.1 casos) reportaron las mayores tasas, por 100 mil habitantes, de casos nuevos diagnosticados de sida.⁵⁸

De las 7,140 personas con VIH en 2012, cinco entidades tuvieron mayores notificaciones: Distrito Federal (16.9%); Veracruz (9.1%); México (3.7%); Chiapas (3.3%), y Yucatán (2.8%). Al 30 de septiembre de 2013, en el país se notificaron 6,798 como seropositivos al virus de inmunodeficiencia humana. (Tabla 5)

Tabla 5. Número de personas infectadas por el VIH y casos de sida notificados, por entidad de residencia. México, 2012-2013*

Entidad federativa	Personas viviendo con VIH				Casos de sida			
	2012		2013		2012		2013	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Aguascalientes	23	0.3	25	0.4	38	0.7	24	0.7
Baja California	153	2.1	82	1.2	169	3.1	139	4.1
Baja California Sur	47	0.7	20	0.3	47	0.9	4	0.1
Campeche	99	1.4	64	0.9	111	2	110	3.2
Coahuila	7	0.1	27	0.4	17	0.3	41	1.2
Colima	50	0.7	17	0.3	42	0.8	31	0.9
Chiapas	235	3.3	156	2.3	500	9.1	285	8.3
Chihuahua	171	2.4	118	1.7	144	2.6	109	3.2
Distrito Federal	1208	16.9	471	6.9	755	13.8	571	16.7
Durango	30	0.4	32	0.5	36	0.7	25	0.7
Guanajuato	138	1.9	175	2.6	67	1.2	44	1.3
Guerrero	121	1.7	253	3.7	424	7.7	191	5.6
Hidalgo	58	0.8	52	0.8	88	1.6	53	1.5
Jalisco	127	1.8	115	1.7	165	3	18	0.5
México	262	3.7	185	2.7	501	9.1	179	5.2
Michoacán	97	1.4	112	1.6	198	3.6	161	4.7
Morelos	55	0.8	51	0.8	90	1.6	83	2.4
Nayarit	46	0.6	42	0.6	65	1.2	37	1.1
Nuevo León	132	1.8	148	2.2	194	3.5	165	4.8
Oaxaca	152	2.1	184	2.7	231	4.2	154	4.5

Entidad federativa	Personas viviendo con VIH				Casos de sida			
	2012		2013		2012		2013	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Puebla	195	2.7	216	3.2	128	2.3	56	1.6
Querétaro	74	1	78	1.1	45	0.8	15	0.4
Quintana Roo	148	2.1	286	4.2	81	1.5	52	1.5
San Luis Potosí	79	1.1	75	1.1	105	1.9	46	1.3
Sinaloa	49	0.7	71	1.0	85	1.6	74	2.2
Sonora	81	1.1	93	1.4	164	3.0	64	1.9
Tabasco	199	2.8	226	3.3	163	3.0	105	3.1
Tamaulipas	185	2.6	280	4.1	82	1.5	45	1.3
Tlaxcala	19	0.3	22	0.3	85	1.6	76	2.2
Veracruz	648	9.1	819	12.0	552	10.1	375	10.9
Yucatán	200	2.8	238	3.5	82	1.5	82	2.4
Zacatecas	35	0.5	47	0.7	27	0.5	10	0.3
(extranjeros)	5	0.1	5	0.1	2	0.0	1	0.0
Total	7,140	100	6,798	100	5,483	100	3,425	100

Fuente: Registro Nacional de Casos de sida.*Actualización al 30 de septiembre de 2013.

La respuesta nacional ha sido instrumentada por entidades públicas federales o estatales, personas afectadas por el VIH, las OSC e incluso de organismos internacionales como el Programa Mundial Conjunto de Naciones Unidas (ONUSIDA) y recientemente del Fondo Mundial (FM). Por tanto, los logros han sido resultado del esfuerzo coordinado de los sectores público y social, cuya sinergia se ha traducido en resultados positivos. No obstante, algunas han tenido mayor impacto, y otras con efectos de menor trascendencia para evitar la propagación de la epidemia.⁵⁹

Las políticas públicas se han centrado en la prevención de transmisión por vía sexual, atención integral, la prevención perinatal del VIH y la sífilis congénita, participación de la sociedad civil y protección de los derechos de personas con VIH.

En el periodo 2007-2012, en México se establecieron 22 metas y 21 indicadores, no obstante, algunas líneas basales se redefinieron.

III.3 Avances 2006-2012

Prevalencia de pacientes con VIH

Datos del modelo *Spectrum* 4.47 de ONUSIDA, muestran que la prevalencia de VIH, en población adulta (15 a 49 años), se mantiene estable en 0.24% (0.24%-0.25% en 2006 y 0.23%-0.28% en 2012). Se cumplió de manera satisfactoria con la meta planteada para 2012, (<0.6 casos por cada 100 personas). (Tabla 6)

La prevalencia del VIH en HSH, en 2011, fue de 17.0% a nivel global, y la prevalencia ajustada por especificidad de la prueba refiere 17.16% [IC95% 15.58%-18.76%]. Inicialmente se estableció la basal en 10% de prevalencia de HSH (meta <10%); sin embargo, no se disponía de información nacional. Con el financiamiento de la Ronda 9 del Fondo Mundial para “Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidas a HSH, HSH-TS y hombres y mujeres”, se realizó en 2011 una encuesta de seroprevalencia en sitios de encuentro de HSH (incluyendo HTS). Por lo anterior, la comparación no es posible, al no existir referente. En este sentido, la cifra 2011 constituirá la basal nacional, a verificar en dos años, al concluir el proyecto. Respecto de la prevalencia del VIH en PUDI, se obtuvo una medición basal con 5.8%.⁶⁰

Tabla 6. Avances en indicadores de impacto del PAE en respuesta al VIH y sida e ITS, 2007-2012

Dato/indicador	Población	Basal 2006	Meta 2012	Resultados	Logros alcanzados
Prevalencia de VIH en adultos (15 a 49 años).	Población adulta	<0.6%	<0.6%	0.24% ^κ	100% del logro programado
Prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres.	HSH	<10%	<10%	17.1% [∞]	ND
Prevalencia de VIH en personas que usan drogas inyectadas.	PUDI	<6.0%	<6.0%	5.8% [£]	ND
Mortalidad por sida en población general.	Población general	4.6	3.8	4.4 [€]	No se cumplió la meta
Porcentaje de personas con VIH que siguen con vida, y se tienen constancia de que continúan en tratamiento, 12 meses después de haber iniciado el TAR.	Población general	ND	90%	92.1% [€]	102.4%
Casos nuevos de VIH perinatales.	Población perinatal	248	27	126 [€]	-366.7%
Casos nuevos de sífilis congénita	Población perinatal	78	16	77 [€]	-381.3%

^κDato de ONUSIDA 2012. [∞]Los datos se obtuvieron en 2011 de la línea basal del proyecto de México de lucha contra el sida, Ronda 9, financiado por el FM y la información del periodo 2007-2012. [€]Registro Nacional de Casos de sida. (31/03/2013). SSA/DGEPI. Registro Nacional de Seropositivos a VIH (31/03/2013). SSA/DGEPI. Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica. Datos al cierre de cada año. [£] Datos de 2011. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH y sida en México: Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de PUDI.

Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH y sida en México: Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de PUDI.

El porcentaje de personas con VIH que siguen con vida y se tiene constancia de que continúan en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la TAR, no tuvo basal, por ello, la meta se estableció en 2010 a partir de la Consulta Nacional de Acceso Universal^{IV} (90% al 2015). Sólo hasta 2012 fue posible obtener información para las instituciones que representan 93% del total de personas en TAR (incluyendo al sector público y privado): la SSA, IMSS, Pemex, Sedena y Semar. Por esta razón, no hay cifras anteriores a 2012 para este indicador.

Mortalidad por sida y acceso universal a TAR

Entre 2008-2011, disminuyó 4.5%, y entre 2003-2011, casi 45 mil personas murieron por sida. Es probable comenzar a percibir el impacto del acceso universal a TAR y a otras estrategias de atención, en el mediano plazo, siendo que las defunciones disminuyeron un 2.8% en 2011 en comparación con 2008 (de 5,189 a 5,043). En 2011, la tasa de mortalidad era de 4.4 por 100 mil habitantes, y la meta es de 3.5 al 2015.

Por su parte, el porcentaje de PVV que continúan con tratamiento 12 meses después de iniciar TAR, indicador sin basal, por ende, la meta en 2010 fue a partir de la consulta nacional de acceso universal, y en 2012 se sitúa en términos aceptables con 92.1%, cercano a la meta 2015 de 90%.

^{IV} Esta consulta tenía como objetivo el establecimiento de metas e indicadores internacionales para el seguimiento de acceso universal de país, en materia de prevención, atención y apoyo, por ello, se refieren al año 2015.

Transmisión perinatal del VIH y sífilis

Dos indicadores con el propósito de interrumpir la transmisión perinatal del VIH y la sífilis: casos nuevos de VIH perinatales y casos nuevos de sífilis congénita, ambos se quedaron por debajo de la meta 2012 (-366.7% y -381.3%, respectivamente). Escaso cumplimiento en la detección y acceso al tratamiento preventivo para ambos padecimientos; lo que resalta las oportunidades perdidas, en la población neonatal. (Tabla 6)

Utilización de métodos preventivos de transmisión de VIH y otras ITS

El porcentaje de uso de condón en la primera relación sexual de hombres jóvenes, reportó 80.4% de hombres entre 12 a 19 años de edad, y 78.3% en la última relación sexual (Ensanut 2012. La comparación con la cifra basal y las metas no fue posible, en virtud de que la fuente de información utilizada se relaciona con estudios que midieron las prevalencias y el comportamiento de las poblaciones más afectadas (HSH, HTS y PUDI). (Tabla 7)

En el porcentaje de uso de condón en HSH, 73.2% usaron preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina (prevalencias crudas de uso de condón); el porcentaje ajustado es de 73.01% [IC95% 71.57-74.47] de acuerdo con un estudio representativo de las cinco regiones del país.

Para el porcentaje de uso de condón en TS, hombres y mujeres, fue superior en mujeres (65.2%) que en hombres (59.8%); los porcentajes ajustados para HTS son de 60.60% [IC95% 55.41-65.79]. La comparación basal no fue posible.

Para el caso de PUDI que declararon haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron fue de 41.5%, sin diferencia significativas por sexo: 44.0% en mujeres y 41.0% en hombres.

Tabla 7. Avances en indicadores de resultado intermedio del PAE en respuesta al VIH y sida e ITS, 2007-2012

Dato/indicador	Población	Basal 2006	Meta 2012	Resultados	Logros alcanzados
Porcentaje de uso de condón en la primera relación sexual de hombres jóvenes (12 a 19 años).	Hombres jóvenes	64.4%	70%	80.4% *	115.0%
				78.3% **	112.0%
Porcentaje de uso de condón en HSH.	HSH	ND	ND	73.01% ***	No se alcanzó la meta
Porcentaje de uso de condón en hombres trabajadores del sexo comercial.	HTS	60.6%	98.0%	59.8% ***	ND
Porcentaje de uso de condón en mujeres trabajadoras del sexo comercial.	MTS	96.2%	98.0%	65.2%***	ND
Porcentaje de consumidores de drogas inyectadas que declararon haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron.	PUDI	25.0%		41.5%***	Aunque no se fijó meta se superó favorablemente la basal con 166%
Porcentaje de personas en tratamiento ARV en control virológico a los 6 meses.	Población general	ND	70%	71.4% ****	102%
Personas en tratamiento ARV.	Población general	39,295	NA	84,095 ****	NA
Porcentaje de encuestados que declararon que podrían negociar el no tener relaciones sexuales con su pareja o el uso de condón, si su pareja presentara una ITS.	Población general	ND	ND	ND	ND
Porcentaje de HSH que expresan percepciones de no discriminación por parte de los servidores de salud.	Población clave	ND	ND	ND	ND
Porcentaje de ONG que realizan trabajo en prevención del sida con recursos públicos de la Secretaría de Salud, con competencia técnica.	ONG	ND	ND	ND	ND

*En la primera relación sexual. Datos Ensanut 2012

**En la última relación sexual. Datos de Ensanut del 2012.

***Datos de 2011. Los datos se obtuvieron de la línea basal del proyecto de México de lucha contra el sida, Ronda 9, financiado por el FM y la información del periodo 2007-2012. Para el caso del indicador relacionado con HSH.

****Datos en 2012.

Cobertura del tratamiento antirretroviral

Al considerar a las personas con TAR destaca un incremento, llegando a 84,095 en 2012, manteniéndose así el acceso universal logrado desde 2003. Respecto del porcentaje de personas en TAR en control virológico, en 2012 se alcanzó 71.4% con cumplimiento de 102.0%.

Participación de la sociedad civil y las personas con VIH

Para los siguientes indicadores, no fue posible su medición por falta de fuentes de información nacionales: porcentaje de encuestados que declararon poder negociar el no tener relaciones sexuales con su pareja o el uso de condón, si su pareja presenta una ITS; porcentaje de HSH que expresan percepciones de no discriminación por parte de los servicios de salud; y porcentaje de ONG que realizan trabajo en prevención del sida con recursos públicos de la Secretaría de Salud, con competencia técnica.

Se observa que en el indicador porcentaje de la población con comportamiento de riesgo que se realizó la prueba de detección del VIH, en los servicios públicos de salud se rebasó la meta establecida (146.7%). (Tabla 8)

Tabla 8. Avances en indicadores de proceso del PAE en respuesta al VIH y sida e ITS, 2007-2012

Dato/indicador	Población	Basal 2006	Meta 2012	Resultados	Logros alcanzados
Porcentaje de la población con comportamiento de riesgo que se ha realizado la prueba de detección del VIH, en los servicios públicos de salud.	Población en general	7.6%	22.7%	33.3% *	146.7%
Porcentaje de detecciones de VIH en embarazadas	Mujeres embarazadas	7.8%	100%	57.1% **	57.1%
Porcentaje de detecciones de sífilis en embarazadas	Mujeres embarazadas	52.9%	100%	69.9%**	69.9%
Porcentaje de reducción del costo promedio de terapia de inicio a ARV	Población general	ND	30%	-10.8%***	36.1%

*En personas de 20 a 49 años que se hicieron la prueba de VIH en el último año. Fuente: Ensanut 2012.

**Datos del 2012. Fuente: Informe de metas e indicadores del PAE en respuesta al VIH y sida e ITS, 2007-2012. Censida 2012 (2007-2010).

***Datos del periodo 2007-2010. Fuente: Informe de metas e indicadores del PAE en respuesta al VIH y sida e ITS, 2007-2012.



Para el caso de las mujeres embarazadas que se efectuaron la prueba de detección del VIH y de sífilis el logro programado se alcanzó sólo en un 57.1% y 69.9%, respectivamente. Asimismo, se reporta que el porcentaje de reducción del costo promedio de TAR entre 2007-2010, fue de 10.8%.

Respuesta institucional y programática al VIH, sida y otras ITS

La respuesta nacional contra el VIH, sida y otras ITS se ha cimentado en los últimos años, comenzando en 1986 con la creación del Comité Nacional para la Prevención de sida, siendo elevado a la categoría de Consejo Nacional (Conasida) por decreto presidencial en 1988. En 2001 se creó el Censida, que además de constituir el Secretariado Técnico del Conasida asume las funciones normativas y de monitoreo de la epidemia.^{53,54}

Acciones normativas de bancos de sangre y su comercialización fueron obligatorias desde 1986, años después se prohibió la comercialización de sangre y sus derivados.⁵⁴ En acciones de prevención durante la segunda mitad de los años ochenta, Conasida a través de sus Centros de Información y detección de VIH, comenzó una labor de educación con TS promoviendo cambios de comportamiento asociados al uso del condón como estrategia preventiva contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

En la última década se desarrollaron y mejoraron varios sistemas y fuentes de información, entre ellos: el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH y sida; el Sistema para Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (Salvar). Se desarrollaron sistemas para vigilancia del desempeño y ejercicio de los recursos de las entidades federativas: Caminando a la Excelencia (Camex) y el SIAFASPE; el Sistema para Monitoreo de Acciones Preventivas (SMAP) y de fortalecimiento apoyadas por Censida. El sistema de monitoreo desarrollado para seguimiento de acciones preventivas realizadas por el proyecto Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HTS y PUDI de ambos sexos, financiado por el FM de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria; asimismo, diversos estudios y encuestas nacionales sobre salud sexual y reproductiva, discriminación o específicas sobre VIH y sida realizados en los últimos años.

La defensa de los derechos humanos y participación ciudadana no ha quedado de lado, se implementaron acciones para disminuir el estigma y discriminación, planes con enfoque de género y apoyo a grupos de autoayuda, realizadas por Censida en colaboración con otras dependencias como el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR).

Logrando avances sustanciales, entre ellos, el reconocimiento y financiamiento a las organizaciones de la sociedad civil (OSC), por parte de las autoridades de salud y la incorporación de su fortalecimiento en procesos de desarrollo institucional.

En cuestión del monitoreo y evaluación, se realizaron esfuerzos para mejorar los sistemas de registro epidemiológico, sin descuidar la vigilancia centinela que se nutre con las personas que acuden voluntariamente a realizarse la prueba de VIH.

Por otra parte, el sector público, en estos años fue la principal fuente de financiamiento de la prevención de VIH y sida (casi 66%); la atención (cerca al 99%) y en la suma del resto de las categorías (aproximadamente 58%). El sector privado constituye la segunda fuente de financiamiento (34%, 1% y 35% respectivamente). El sector externo, en todos los casos es menor al 1%.

Del 2010 al 2011, se autorizaron \$1,899'543,415; de los cuales 88% se destinaron a ARV y 13% para la prestación de servicios e insumos de pruebas de monitoreo (CD4 y carga viral) para 37,024 pacientes.

Respecto del presupuesto, entre 2008-2009, casi 70% del gasto total en VIH y sida se asignó a tratamiento y componentes de la atención, y en prevención se ocupó entre 26% y 28% del gasto total. La gestión y administración de programas representó 1% y las acciones realizadas en las demás categorías tuvieron una participación menor a 1%.

En materia de prevención, en 2010 desarrollaron la propuesta preliminar del Plan de acción para prevención de la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita (PTV), presentada al Conasida en 2011, y trabajaron en la estandarización de procedimientos entre diversas instituciones del sector público en salud que atienden personas con VIH y mujeres embarazadas.

Durante 2011 hubo participación de las OSC e instancias académicas en la implementación de proyectos de prevención focalizada en poblaciones de mayor riesgo, financiándose 98 proyectos en ciudades de 19 entidades de la República. Entre abril de 2011 a marzo de 2012, del recurso aprobado al Censida se distribuyó en 61.7%, para adquisición y abasto de ARV; 11.7% a exámenes de laboratorio de carga viral y linfocitos CD4 y 0.06% para exámenes de genotipo viral, destinados para atención médica de 43,898 pacientes. De los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) alcanzaron a 38,318 pacientes de continuidad y hasta 5,580 pacientes nuevos. También se implementaron dos sistemas de monitoreo de pruebas rápidas de detección en poblaciones en situación de desigualdad y embarazadas, por parte de los programas estatales de VIH, sida e ITS.

La importancia de la atención integral se vio materializada en diversas áreas. En 2009 se incluyó, de acuerdo con las recomendaciones de la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH, sida, la determinación cuatrimestral de la carga viral y linfocitos CD4, y la prueba de genotipo en el protocolo de atención financiado por el FPGC, logrando tener un mejor control de la eficacia del TAR y detectar oportunamente las necesidades de cambios. Actualmente, los Capasits son unidades operativas de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH y sida e ITS en el país.

III.4 Retos 2013-2018

Retos en la respuesta efectiva⁶¹⁻⁶³

Si bien se ha avanzado con pasos firmes para reducir la epidemia del VIH y sida y las ITS, aún quedan retos para dar una respuesta efectiva de acción integral a la infección y la enfermedad. Estas oportunidades se identificaron en los foros de consultas a expertos, académicos, operativos y OSC, a fin de hacerla incluyente y priorizada sustentada en necesidades reales de la población mexicana.

Por ello, es importante fortalecer las acciones tendientes a abatir la transmisión del virus. El objetivo final de la estrategia es disminuir la transmisión del VIH en los grupos en situación de desigualdad y evitar que se extienda a la población general. Entre los retos de todo el sector salud para los próximos años, está la detección y tratamiento oportunos del VIH, mejorar la retención de pacientes diagnosticados con VIH, la calidad de la atención y apego al tratamiento, incrementando la sobrevida y reduciendo la mortalidad por sida.⁶⁴ Las brechas más relevantes a superar se centran en:

Fortalecer la rectoría. Es necesario lograr la participación y responsabilidad de todas las áreas, incluyendo las de atención y administrativas, las instituciones de salud, otros sectores y niveles de gobierno en la respuesta nacional.

Cobertura de la población. Fortalecer la prevención y las acciones focalizadas en las poblaciones clave más afectadas, sin descuidar la prevención requerida en otras poblaciones en situación de desigualdad que deben ser consideradas en la política pública nacional, como son MTS, mujeres PUDI y otros grupos de mujeres. Incrementar el diagnóstico oportuno y la retención de

personas con VIH en los servicios de salud.

Situaciones de desigualdad. Incidir en la eliminación de violencia, maltrato, discriminación y violación de derechos de las poblaciones clave y mujeres; eliminando el estigma y discriminación para evitar el rechazo en centros de trabajo, familia y comunidad. Eliminar brechas entre la normatividad y lo que sucede en el nivel operativo en materia de derechos humanos, incluidas mujeres.^v Tomar en cuenta a adolescentes y jóvenes travestis, transexuales, transgénero, trabajadores sexuales, indígenas, migrantes, en situación de calle, en conflicto con la ley, y en reclusión.

Estigma y discriminación a la diversidad sexual. Incluyendo a PUDI y TS, ambas prevalecen en el tema de atención integral y acceso universal, donde representantes de la OSC se pronunciaron en favor de mayor capacitación al personal de salud, hacer alianzas entre OSC-Gobierno para realizar acciones y campañas de diversidad sexual, homofobia y transfobia, sin excluir a ninguna población en situación de desigualdad y promover legislaciones federales y estatales que sancionen los abusos de autoridades en el tema.

Planeación estratégica. Fortalecer el trabajo interinstitucional y la continuidad a los programas. Diseñar e implementar programas de prevención que incluyan factores de importancia para adolescentes y jóvenes frente al VIH, como el uso de alcohol y drogas ilegales, violencia de género, escasas oportunidades educativas y laborales, y baja percepción del riesgo de adquirir el virus.

Eliminación de la transmisión perinatal del VIH. Incrementar la coordinación institucional entre las diferentes instancias de la administración pública enfocadas a la atención de mujeres embarazadas. Ofrecer al 100% de las embarazadas las pruebas de detección del VIH y sífilis. Ingresar oportunamente a tratamiento a embarazadas e hijos. Dar seguimiento a las madres viviendo con VIH y sífilis y a sus hijos, con conocimiento de la evolución de su enfermedad.

Lograr el continuo de la atención del VIH. La evidencia científica demuestra los beneficios individuales y colectivos del diagnóstico oportuno y del inicio temprano del tratamiento antirretroviral como se refleja en las directrices unificadas de la OMS de 2013 y se ha recomendado el enfoque de la cascada del continuo de la atención al VIH como un marco de referencia y una herramienta para fortalecer la respuesta al VIH en todos los países.

^v Una de las principales problemáticas en la atención a las mujeres con VIH es la discriminación por parte del personal de salud ya sea a través de la negación de los servicios, tenerlas en espera, solicitarles instrumentales desechables,

hospitalizarlas en las bodegas u otros espacios no adecuados, hasta violación a sus derechos reproductivos por parte de personal médico quienes han llegado a esterilizarlas sin su consentimiento o bajo presión.

Desarticulación de la atención integrada.

Implementar un modelo que articule los servicios de salud reproductiva, de tuberculosis, salud mental, violencia, diabetes, entre otros, en los Capasits. Lograr que en el programa de salud reproductiva se mencione a las mujeres con VIH, no solo por la transmisión vertical, que ha sido la única campaña específica para mujeres. Universalización de los servicios de salud.

Abasto y disponibilidad oportuna de insumos. Lograr que los insumos de prevención estén disponibles en los lugares frecuentados por jóvenes y sean atractivos para esta población. Facilitar el diagnóstico y tratamiento de TB abasteciendo oportunamente las pruebas para su detección. Mejorar el abasto de insumos para la detección oportuna.

Asignación de presupuesto. Contar con presupuesto para actividades focalizadas en mujeres, jóvenes y población clave. Disponer de recursos suficientes para la prevención focalizada basada en evidencia, que se refiere a la prevención combinada con estrategias que buscan cambios estructurales, de comportamiento y aplicación de medidas biomédicas.

Evidencia para toma de decisiones. Realizar estudios e investigaciones sobre el desarrollo e impacto del VIH y sida en mujeres, jóvenes y población clave. Desarrollar proyectos en acciones a largo plazo; monitoreo y seguimiento de implementación de proyectos e impulsar la investigación de corte epidemiológico para conocer la situación del VIH y sida. Realizar periódicamente una encuesta nacional sobre salud sexual y reproductiva.

Coordinación institucional e interinstitucional. Trabajar conjuntamente con la SEP para dar seguimiento a los compromisos en la Declaración Ministerial, trabajando el tema del estigma y discriminación desde la educación básica. Fortalecer la coordinación con los programas estatales de VIH y sida.

Continuidad de estrategias. Garantizar la continuidad a la prevención focalizada (HSH, MTS, HTS y PUDI) como pilar fundamental de la respuesta a esta epidemia para reducir nuevas infecciones en estos grupos, así como en otros en situación de desigualdad. Fortalecer como ejes prioritarios la prevención y la promoción de derechos sexuales y reproductivos de mujeres, imperativos para evitar la transmisión vertical del VIH.

III.5 Objetivos del Desarrollo del Milenio

En el contexto internacional, el VIH y el sida son una esfera de atención clara y específica, en el cual México ha sostenido el compromiso para adherirse a los acuerdos globales que tienen como propósito dar respuesta a esta epidemia, así como para respetar los derechos humanos, combatir el estigma y la discriminación que padecen las personas que viven y conviven con el virus y la enfermedad. (Anexo 1)

El Sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) estableció a los Estados Miembros, incluido México, para que se comprometieran a alcanzar la meta 6.A: Haber detenido y comenzar a reducir la propagación del VIH y el sida para el año 2015.

Los seis indicadores y sus metas al 2015, son las siguientes: prevalencia de VIH en población adulta (< 0.6%); uso de preservativo en la última relación sexual en HSH: (70%); proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales (al menos 80%), 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 encontrarse en terapia antirretrovírica (90%); mortalidad general por VIH (reducir a 3.5 defunciones por cada 100 mil habitantes) e incidencia de casos de sida por año de diagnóstico (5.9 casos nuevos por cada 100 mil habitantes).

En 2012, 84,095 personas accedieron a TAR en el país, lo que representa una cobertura 82.2%; con lo cual se cumple con la meta establecida para 2015 (80%). Las personas con VIH que recibieron tratamiento antirretroviral con recursos federales en ese año fueron 49,434, cuya inversión ascendió a 1,809.5 millones de pesos (139.6 millones de USD). El acceso universal a TAR se brinda no sólo a mexicanos, sino a migrantes permanentes o temporales, lo cual refleja el compromiso del gobierno mexicano con el control de la epidemia a nivel mundial.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

El PND 2013-2018,⁶⁵ es la base de la elaboración de este Programa para cumplimiento a los objetivos y metas establecidos en la presente Administración, y cuyo propósito aspira a llevar a México a su máximo potencial.

En la consecución de este propósito se enmarcan tres estrategias transversales en este Plan: I) Democratizar la productividad; II) Un gobierno cercano y moderno; y III) Perspectiva de género en todas las acciones.

Son cinco las metas nacionales de este plan como eje articulador de la política nacional: México en paz, México incluyente, México con educación de calidad, México próspero y México con responsabilidad global .

En la meta II, por un México incluyente, se pone especial énfasis en proveer una red de protección social que *garantice el acceso al derecho a la salud* a toda la población mexicana y que evite que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía, sean un factor determinante en su desarrollo.

En materia de salubridad, el objetivo 2.3, Asegurar el acceso a los servicios de salud, busca llevar a la práctica este derecho constitucional. Para ello, se propone fortalecer la rectoría de la SSA y promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la conforman. Asimismo, se plantea reforzar la regulación de los establecimientos de atención médica, aplicar estándares de calidad rigurosos, privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable, así como renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles.

Los esfuerzos para lograr un sistema de seguridad social más incluyente también requieren de un uso eficiente de los recursos para garantizar la sustentabilidad de dicho sistema en el mediano y largo plazo. Lo anterior, considerando la dinámica poblacional y epidemiológica. En este sentido, se busca la corresponsabilidad con los usuarios y reorientar las labores de planeación y operación para obtener mejores márgenes financieros a lo largo de la cadena de atención del sistema.

Cuadro 1. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.1. Avanzar hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	1. Disminuir los efectos del VIH e ITS mediante prevención focalizada, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno; así como el fortalecimiento de la rectoría. 2. Implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad. 3. Brindar atención integral de calidad del VIH e ITS, con respeto a los derechos humanos y la diversidad sexual y cultural. 4. Eliminar la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita para lograr la primera generación libre de estas infecciones.
		2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	
		2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.	
		2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	
	2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.	2.4.1. Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales.	

IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El PROSESA 2013-2018,⁶⁶ cuenta con seis objetivos sectoriales que abarcan todas las actividades planteadas en el PND 2013-2018, a saber:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos sanitarios que afectan a la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Cuadro 2. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
<p>1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.</p>	<p>1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables.</p>	<p>1.5.1. Diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva.</p>	<p>1. Disminuir los efectos del VIH E ITS mediante prevención focalizada, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno; así como el fortalecimiento de la rectoría.</p> <p>2. Implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad.</p> <p>3. Brindar atención integral de calidad del VIH e ITS, con respeto a los derechos humanos y la diversidad sexual y cultural.</p> <p>4. Eliminar la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita para lograr la primera generación libre de estas infecciones.</p>
		<p>1.5.4. Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención de VIH y otras ITS.</p>	
		<p>1.5.5. Garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS.</p>	
		<p>1.5.6. Asegurar la detección y tratamiento oportuno de VIH, sida e ITS, con énfasis en poblaciones clave.</p>	
		<p>1.5.8. Incrementar la cobertura de detección prenatal y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita.</p>	



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivos:

1. Disminuir los efectos del VIH e ITS mediante prevención focalizada, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno; así como el fortalecimiento de la rectoría.
2. Implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad.
3. Brindar atención integral de calidad del VIH e ITS, con respeto a los derechos humanos y la diversidad sexual y cultural.
4. Eliminar la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita para lograr la primera generación libre de estas infecciones.

Objetivo 1. Disminuir los efectos del VIH e ITS mediante prevención focalizada, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno; así como el fortalecimiento de la rectoría.

Acorde con lo plasmado en la estrategia 2.3.2 del PND, la prevención es un eje prioritario de la política del Estado para el mejoramiento de la salud y, con esto, contribuir a disminuir la carga de la enfermedad del VIH e ITS, mediante reducción de comportamientos sexuales de riesgo. El diagnóstico temprano y tratamiento oportuno son las acciones subsecuentes que contribuyen a aumentar el tiempo de vida y su calidad. El fortalecimiento de la rectoría de CENSIDA es fundamental para contribuir a fortalecer la respuesta de todas las instituciones que componen el Sistema Nacional de Salud ante el VIH e ITS.

Estrategia 1.1. Fortalecer la rectoría del Programa de VIH y otras ITS y mejorar la rendición de cuentas.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Monitorear y evaluar el desempeño de programas y proyectos de prevención y atención, desde el nivel nacional hasta la unidad médica.
- 1.1.2. Fortalecer y mejorar la rendición de cuentas con una perspectiva interinstitucional.
- 1.1.3. Fortalecer la articulación de los servicios de salud con los servicios especializados en VIH y otras ITS.
- 1.1.4. Fortalecer la participación de organismos gubernamentales y no gubernamentales en respuesta al VIH e ITS.
- 1.1.5. Impulsar que todas las instituciones públicas y privadas, ejecuten políticas públicas en la materia.

Objetivo 2. Implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad.

Focalizar las acciones preventivas en las poblaciones clave y en situación de desigualdad permitirá obtener un mayor impacto para mitigar la propagación de VIH e ITS mediante el acercamiento a los servicios de salud. Este objetivo contribuirá a la justicia social, derechos humanos y empoderamiento de las poblaciones, componentes clave de las esferas altamente efectivas de la prevención de la enfermedad.

Asimismo, la evidencia científica demuestra que los programas y acciones sobre educación sexual integral, promoción de la salud sexual y reproductiva, ITS, VIH y sida, tienen efectos diversos y benéficos, que combinados con programas de educación y salud integrales favorecen la disminución del riesgo de adquirir alguna ITS, incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana.

Estrategia 2.1. Prevenir el VIH y las ITS y promocionar la salud responsable.

Líneas de acción:

- 2.1.1. Promover comportamientos saludables, el acceso a insumos y servicios preventivos, con énfasis en detección temprana del VIH, utilizando lenguaje incluyente.
- 2.1.2. Fortalecer programas de prevención combinada en poblaciones clave y situación de desigualdad, para modificar comportamientos, estrategias estructurales y biomédicas.

Estrategia 2.2. Promover el respeto de los derechos humanos de las personas con VIH e ITS con perspectiva de género e interculturalidad.

Líneas de acción:

- 2.2.1. Incluir la promoción de los derechos humanos, en todos los servicios de salud, como política pública.
- 2.2.2. Fomentar la formación sobre derechos humanos, género e interculturalidad en el personal de salud que atiende a personas con VIH.

Objetivo 3. Brindar atención integral de calidad del VIH e ITS, con respeto a los derechos humanos y la diversidad sexual y cultural.

Proteger la salud de las personas que viven con alguna infección de transmisión sexual, incluido el VIH, con un enfoque oportuno, seguro, efectivo, con calidad y sin prejuicio de orientación sexual, creencias, usos y costumbres; es una obligación del Estado según la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo que coadyuvará al desarrollo de un México más sano e incluyente.

Estrategia 3.1. Asegurar el acceso efectivo y con calidad a servicios integrales de atención del VIH.

Líneas de Acción:

- 3.1.1. Incrementar la detección temprana del VIH, con énfasis en población clave y en situación de desigualdad.
- 3.1.2. Asegurar la atención integral de calidad en VIH, incluyendo prevención y control de violencia, adicciones, salud mental, diabetes, obesidad, dislipidemias.
- 3.1.3. Incrementar la detección temprana, tratamiento y profilaxis oportuna de las infecciones oportunistas, con énfasis en la tuberculosis.

- 3.1.4. Promover el acceso efectivo a orientación, consejería en planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva para personas con VIH y sida.

Estrategia 3.2. Fortalecer la atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Líneas de acción:

- 3.2.1. Impulsar la detección de ITS, su tratamiento oportuno, el manejo sindrómico con énfasis en población clave y en situación de desigualdad.

Objetivo 4. Eliminar la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita para lograr la primera generación libre de estas infecciones.

La transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita es evitable si se sigue la normatividad y las guías y protocolos de práctica clínica, por lo que hoy en día no se justifica que un niño nazca con estas infecciones. Todos los objetivos del presente Programa de VIH, sida e ITS requieren un trabajo de todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud; sin embargo, la complejidad de la transmisión vertical requiere un esfuerzo adicional. Evitarlas disminuye la incidencia de ambas infecciones y aumenta y mejora la vida de los niños, lo que protege el ejercicio pleno de sus derechos sociales.

Estrategias 4.1. Consolidar la detección y el tratamiento para evitar la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita.

Líneas de acción:

- 4.1.1. Ofrecer a toda mujer embarazada y su pareja la detección del VIH y sífilis, en la primera consulta prenatal.
- 4.1.2. Asegurar el tratamiento profiláctico perinatal del VIH a las embarazadas que viven con el virus y a sus hijos.
- 4.1.3. Asegurar el tratamiento oportuno de la sífilis adquirida, para las embarazadas y sus parejas.

V.2 Estrategias Transversales

En este Programa se instrumenta el Enfoque Transversal de la Meta por un México Incluyente, en la estrategia II “Gobierno Cercano y Moderno”, dando cumplimiento principalmente a las líneas de acción:

- Desarrollar políticas públicas con base en evidencia y cuya planeación utilice los mejores insumos de información y evaluación, así como las mejores prácticas a nivel internacional.
- Incorporar la participación social desde el diseño y ejecución hasta la evaluación y retroalimentación de los programas sociales.
- Optimizar el gasto operativo y los costos de atención, privilegiando el gasto de inversión de carácter estratégico y/o prioritario.
- Evaluar y rendir cuentas de los programas y recursos públicos invertidos, mediante la participación de instituciones académicas y de investigación y a través del fortalecimiento de las contralorías sociales comunitarias.

Asimismo, el Programa tiene acciones relacionadas con las estrategias III. “Perspectiva de género”, dando cumplimiento principalmente a las líneas de acción:

- Diseñar, aplicar y promover políticas y servicios de apoyo a la familia, incluyendo servicios asequibles, accesibles y de calidad, para el cuidado de infantes y otros familiares que requieren atención.
- Evaluar los esquemas de atención de los programas sociales para determinar los mecanismos más efectivos que reduzcan las brechas de género, logrando una política social equitativa entre mujeres y hombres.

Con énfasis, se tomó en cuenta la perspectiva de género, acciones dirigidas a las mujeres con VIH, de manera focalizada a poblaciones prioritarias para atender la epidemia en el país.

Las acciones se proponen considerando a las mujeres, como aquellas personas con identidad sexo/genérica definida por sí mismas, como “mujer”; con ello, se incluye también a las mujeres de la población trans, así como a trabajadoras sexuales.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

Para el seguimiento de las metas y su cumplimiento se consideran indicadores de resultado intermedio e impacto, esenciales para la evaluación del Programa del VIH, sida e ITS 2013-2018.

A continuación se listan los indicadores y la desagregación de la población de acuerdo con los objetivos estratégicos de este Programa; asimismo, las fichas técnicas de cada uno de estos indicadores. Cabe señalar que algunos de estos indicadores forman parte de las mediciones que reporta México a la comunidad internacional.

Elemento	Características				
Indicador 1	Prevalencia del VIH.				
Objetivo del PAE	Disminuir los efectos del VIH e ITS mediante prevención focalizada, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno; así como el fortalecimiento de la rectoría.				
Descripción general	Es la proporción de personas viviendo con VIH en un momento determinado respecto de la población total.				
Observaciones	<p>Método de cálculo: Se obtiene de la división del número de personas viviendo con VIH en un año determinado entre la población total.</p> <p>Para monitorear la reducción en las brechas de inequidad, se sugiere desagregar por: Población adulta (15-49 años) y poblaciones clave.</p> <p>Debido a la mayor supervivencia, que se tendrá por el acceso a TAR, no se espera reducir la prevalencia del VIH, sino mantenerla en los niveles actuales.</p>				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	ONUSIDA y SSA/Censida. Spectrum				
Referencias adicionales	Rectoría: Secretaría de Salud. Censida. Estimación: Secretaría de Salud. Censida. Monitoreo: Secretaría de Salud. Censida.				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	Población adulta: < 0.4%*	Población adulta: < 0.4%*	Población adulta: < 0.4%*	Población adulta: < 0.4%*	Población adulta: < 0.4%*
	- HSH: 17%	- HSH: 17%	- HSH: 17%	- HSH: 17%	- HSH: 17%
	- HTS: 18.2%	- HTS: 18.2%	- HTS: 18.2%	- HTS: 18.2%	- HTS: 18.2%
	- MTS: <1%	- MTS: <1%	- MTS: <1%	- MTS: <1%	- MTS: <1%
	- PUDI: 5.8%	- PUDI: 5.8%	- PUDI: 5.8%	- PUDI: 5.8%	- PUDI: 5.8%
	- MT: 20%	- MT: 20%	- MT: 20%	- MT: 20%	- MT: 20%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
- Población adulta: < 0.4% - HSH*: 17% - HTS: 18.2% - MTS: <1% - PUDI: 5.8% - MT: 20%			Mantener prevalencias: - Población adulta: < 0.4% - HSH*: 17% - HTS: 18.2% - MTS: <1% - PUDI: 5.8% - MT: 20%		

* Dato de 2012. HSH: hombres que tiene sexo con otro hombre; HTS: hombres trabajadores sexuales; MTS: mujeres trabajadoras sexuales; PUDI: personas usuarias de drogas inyectables y MT mujeres transgénero.

Elemento	Características				
Indicador 2	Porcentaje de personas con VIH que siguen con vida y continúan en tratamiento 12 meses después de iniciar terapia.				
Objetivo del PAE	Disminuir los efectos del VIH e ITS mediante prevención focalizada, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno; así como el fortalecimiento de la rectoría.				
Descripción general	Es la proporción de personas con VIH que logran la supervivencia a un año de tomar terapia antirretroviral (TAR), respecto de los que iniciaron TAR 12 meses antes.				
Observaciones	<p>Se establece un periodo continuo de 12 meses para su medición, donde se recopila información mensual.</p> <p>Para monitorear la reducción en las brechas de inequidad, se sugiere desagregar por: Total, hombres, mujeres.</p> <p>Vigilar que la razón mujer/hombre de estos indicadores sea igual o mayor a 0.9.</p> <p>Se propone mantener la supervivencia a un año de TAR en 90% o más, procurando que con los años se incremente la basal hasta donde sea posible.</p>				
Periodicidad	Anual				
Fuente	SSA/Conasida. Grupo de información Sectorial en VIH/sida. Comité de Monitoreo de Evaluación.				
Referencias adicionales	<p>Rectoría: SSA. Censida</p> <p>Estimación: SSA. Censida</p> <p>Monitoreo: SSA. Censida</p>				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	90% o más	90% o más	90% o más	90% o más	90% o más
Línea base 2013			Meta Sexenal		
92.1% (2012)			90% o más		

Elemento	Características				
Indicador 3	Porcentaje de personas que actualmente reciben terapia antirretroviral.				
Objetivo del PAE	Disminuir los efectos del VIH e ITS mediante prevención focalizada, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno; así como el fortalecimiento de la rectoría.				
Descripción general	Es la proporción de personas con VIH que efectivamente reciben tratamiento antirretroviral (TAR), respecto de la estimación de personas con VIH.				
Observaciones	<p>Este indicador se medía anteriormente tomando en cuenta en el denominador a las personas que eran elegibles a TAR de acuerdo al protocolo de tratamiento nacional aprobado (o los criterios de la OMS). Sin embargo, a partir de 2013, se calculará respecto a la estimación de personas con VIH, debido a que, los criterios nacionales para la elegibilidad TAR varía según el país. Por lo anterior y para hacer este indicador comparable a nivel mundial, se presentará la cobertura antirretroviral, como porcentaje de todas las personas que viven con VIH.</p> <p>-Para monitorear la reducción en las brechas de inequidad, se sugiere desagregar por: Total, hombres y mujeres.</p> <p>*Vigilar que la razón mujer/hombre de estos indicadores sea igual o mayor a 0.9.</p> <p>Debido a que anteriormente se utilizaba en el denominador las personas elegibles a TAR y a partir de 2013 se utilizará el total de personas que viven con VIH, la cobertura para este indicador es probable que sea menor a la registrada en años anteriores.</p>				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	SSA/Conasida. Grupo de información Sectorial en VIH/sida. Comité de Monitoreo de Evaluación. ONUSIDA y SSA/Censida. Spectrum.				
Referencias adicionales	Rectoría: SSA. Censida Estimación: SSA. Censida Monitoreo: SSA. Censida				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	80% o más	80% o más	80% o más	80% o más	80% o más
Línea base 2013			Meta Sexenal		
82.2%(2012)			80% o más		

Elemento	Características					
Indicador 4	Porcentaje de personas que declaran haber usado un preservativo en su última relación sexual.					
Objetivo del PAE	Implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad.					
Descripción general	Es la proporción de personas que declaran haber utilizado condón con su última relación sexual, respecto del total de personas encuestadas.					
Observaciones	<p>Para monitorear la reducción en las brechas de inequidad, se sugiere desagregar por: Población clave.</p> <p>La información basal proviene de una sola fuente de información en todos los casos: para HSH y HTS, encuesta con representatividad nacional; para MTS sistema de monitoreo continuo y para mujeres trans una encuesta realizada en el DF. Por lo anterior, es posible que los datos basales varíen si se mejoran las fuentes de información. Se ponen metas anuales, sin embargo, no se espera tener datos para cada año, sólo cuando se tenga información disponible, debido a la periodicidad con la que se levantan las encuestas.</p>					
Periodicidad	Sujeto a la realización de encuestas.					
Fuente	Sujeto a la realización de encuestas.					
Referencias adicionales	Rectoría: SSA. Censida Estimación: SSA. Censida Monitoreo: SSA. Censida					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	HSH: 76%	HSH: 77%	HSH: 78%	HSH: 79%	HSH: 80%	
	HTS: 64 %	HTS: 66%	HTS:68%	HTS: 70%	HTS:72%	
	MTS: 82%	MTS: 84%	MTS: 86%	MTS: 88%	MTS: 90%	
	MT: 77%	MT: 77%	MT: 78%	MT: 79%	MT: 80%	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
HSH: 73.2%*			HSH: 80%			
HTS: 91.2%*			HTS: 90 o más%			
MTS:65.2%*			MTS: 90%			
MT: 75.4%			MT: 80%			

*Dato de 2011. HSH: hombres que tiene sexo con otro hombre; HTS: hombres trabajadores sexuales; MTS: mujeres trabajadoras sexuales; MT: mujeres transgénero.

Elemento	Características				
Indicador 5	Porcentaje de personas que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.				
Objetivo del PAE	Implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad.				
Descripción general	Es la proporción de personas que se realizaron la prueba de detección del VIH en el último año y conocen sus resultados. Este indicador deberá ser desagregado por población clave y sexo: HSH, HTS, MTS, PUDI, HT Y MT.				
Observaciones	<p>Para monitorear la reducción en las brechas de inequidad, se sugiere desagregar por: Población clave.</p> <p>La información basal proviene de una sola fuente de información en todos los casos: para HSH y HTS, encuesta con representatividad nacional; para MTS sistema de monitoreo continuo y para mujeres trans una encuesta realizada en el DF. Por lo anterior, es posible que los datos basales varíen si se mejoran las fuentes de información. Se ponen metas anuales, sin embargo, no se espera tener datos para cada año, sólo cuando se tenga información disponible, debido a la periodicidad con la que se levantan las encuestas.</p>				
Periodicidad	Sujeto a la realización de encuestas.				
Fuente	Sujeto a la realización de encuestas.				
Referencias adicionales	Rectoría: SSA. Censida Estimación: SSA. Censida Monitoreo: SSA. Censida				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	HSH: 47%	HSH: 48%	HSH: 50%	HSH: 51%	HSH: 53%
	HTS: 62%	HTS: 64%	HTS: 65%	HTS: 67%	HTS: 68%
	MTS: 32%	MTS: 34%	MTS: 36%	MTS: 37%	MTS: 39%
	MT: 50%	MT: 51%	MT: 53%	MT: 55%	MT: 56%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
HSH: 43.4%*			HSH: 53%		
HTS: 58.8%*			HTS: 68%		
MTS: 29.2%			MTS: 39%		
MT: 46.7%			MT: 56%		

*Dato de 2011. HSH: hombres que tiene sexo con otro hombre; HTS: hombres trabajadores sexuales; MTS: mujeres trabajadoras sexuales; MT mujeres transgénero.

Elemento	Características							
Indicador 6	Porcentaje de personas usuarias de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron.							
Objetivo del PAE	Implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad.							
Descripción general	Es el porcentaje de PUDI que declararon usar equipo de inyección estéril, la última vez que se inyectaron, respecto del total de entrevistados.							
Observaciones	<p>La información basal proviene de una sola fuente de información en todos los casos: para HSH y HTS, encuesta con representatividad nacional; para MTS sistema de monitoreo continuo y para mujeres trans una encuesta realizada en el DF.</p> <p>Por lo anterior, es posible que los datos basales varíen si se mejoran las fuentes de información. Se ponen metas anuales, sin embargo, no se espera tener datos para cada año, sólo cuando se tenga información disponible, debido a la periodicidad con la que se levantan las encuestas.</p>							
Periodicidad	Sujeto a la realización de encuestas.							
Fuente	Sujeto a la realización de encuestas.							
Referencias adicionales	Rectoría: SSA. Censida y Cenadic. Estimación: SSA. Censida Monitoreo: SSA. Censida							
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
	45%	48%	51%	54%	57%	60%		
Línea base 2013				Meta Sexenal				
41.5% (2011)				60%				

Elemento	Características						
Indicador 7	Porcentaje de personas seropositivas cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue de menos de 200 células/ μ l.						
Objetivo del PAE	Brindar atención integral de calidad del VIH e ITS, con respeto a los derechos humanos y la diversidad sexual y cultural.						
Descripción general	Es la proporción de personas con un recuento de linfocitos CD4 menor a 200 células/ μ l de entre las que tuvieron un primer recuento de CD4 durante el periodo de notificación. Lo anterior, se refiere al porcentaje de personas con diagnósticos tardíos de la infección por el VIH.						
Observaciones	Para monitorear la reducción en las brechas de inequidad, se sugiere desagregar: Total, hombres y mujeres. *Vigilar que la razón mujer/hombre de estos indicadores sea igual o mayor a 0.9						
Periodicidad	Anual.						
Fuente	SSA/Conasida. Grupo de información Sectorial en VIH y sida. Comité de Monitoreo de Evaluación						
Referencias adicionales	Rectoría: SSA. Censida Estimación: SSA. Censida Monitoreo: SSA. Censida						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	45%	42%	39%	36%	33%	30%	
Línea base 2013				Meta Sexenal			
48.2% (2012)				30%			

Elemento	Características				
Indicador 8	Porcentaje estimado de casos de tuberculosis activa en personas que viven con VIH que reciben tratamiento para tuberculosis y VIH.				
Objetivo del PAE	Brindar atención integral de calidad del VIH e ITS, con respeto a los derechos humanos y la diversidad sexual y cultural.				
Descripción general	Es el porcentaje de cobertura de tratamiento para la TB activa en personas en TAR, con respecto a la estimación de personas en TAR en necesidad de tratamiento para la TB. Mide la detección y tratamiento adecuados de tuberculosis en personas que viven con VIH.				
Observaciones	Para monitorear la reducción en las brechas de inequidad, se sugiere desagregar: Total, hombres y mujeres. *Vigilar que la razón mujer/hombre de estos indicadores sea igual o mayor a 0.9				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Numerador: SSA/Conasida. Grupo de información Sectorial en VIH y sida. Comité de Monitoreo de Evaluación Denominador: SSA/Censida y CENAPRECE (Programa de Tuberculosis), con base en: SSA/DGE/Plataforma de Tuberculosis.				
Referencias adicionales	Rectoría: SSA/Censida y CENAPRECE (Programa de Tuberculosis). Estimación: SSA/Censida y CENAPRECE (Programa de Tuberculosis). Monitoreo: SSA/Censida.				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	68%	76%	84%	92%	100%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
52% (2012)			100%		

Elemento	Características				
Indicador 9	Prevalencia de sífilis adquirida.				
Objetivo del PAE	Brindar atención integral de calidad del VIH e ITS, con respeto a los derechos humanos y la diversidad sexual y cultural.				
Descripción general	Es la proporción de personas con sífilis adquirida en un momento determinado.				
Observaciones	Se obtiene de la división del número de personas cuyo resultado en la prueba fue positivo a sífilis entre el número de personas que se sometieron a la prueba de sífilis.				
Periodicidad	Cinco años				
Fuente	Sujeto a la realización de encuestas nacionales				
Referencias adicionales	Rectoría: SSA. Censida Estimación: SSA. Censida Monitoreo: SSA. Censida				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	--	--	--	--	1.0%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
Total= 1.85% (IC95% 1.53-2.16) mujeres= 2.09% (IC95% 1.68-2.51) hombres= 1.54% (IC95% 1.17-1.91)			Total: 1.0% (IC95% 1.17-2.51)		

Elemento	Características				
Indicador 10	Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH/sida por transmisión vertical: 2013-2018.				
Objetivo del PAE	Eliminar la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita para lograr la primera generación libre de estas infecciones.				
Descripción general	El indicador mide de forma indirecta la efectividad de la detección temprana de casos de VIH en mujeres embarazadas o parturientas para intervenir oportunamente con el tratamiento que evite la transmisión de madre a hija(o).				
Observaciones	<p>*Debido al retraso en la notificación de casos nuevos de VIH y sida, se utilizan los datos correspondientes al cierre 2012, según la base de datos hasta el 31 de diciembre 2013 (cifras definitivas).</p> <p>Para reducir el impacto de este fenómeno en el indicador propuesto, cada trimestre se actualizará las cifras observadas en cada año. Por lo tanto, es probable que aumente el número de casos a través de los años.</p> <p>La meta nacional establece reducir en 84.6% los casos nuevos de VIH/sida perinatal del 2013 al 2018.</p> <p>Las entidades federativas reducirán su número de casos nuevos, de acuerdo a la distribución porcentual que presentan en su basal 2013, por lo cual, no todas las entidades deberán reducir el mismo número de casos.</p> <p>Este indicador corresponde al seguimiento del Programa VIH, el sida e ITS respecto de los 5 Ejes de Gobierno, PROESA 2013-2018 y el PAE.</p>				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	<p>*Basal 2013, con cifras al 31 de diciembre:</p> <p>SSA/DGE/Registro Nacional de Seropositivos a VIH. Datos al 31 de diciembre del 2013.</p> <p>SSA/DGE/ Registro Nacional de Casos de sida. Datos al 31 de diciembre del 2013.</p>				
Referencias adicionales	<p>Rectoría: SSA. Censida y CNEGSR</p> <p>Estimación: SSA. Censida</p> <p>Monitoreo: SSA. Censida y CNEGSR</p>				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	16.9%	33.8%	50.8%	67.7%	84.6%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
131 (Número absoluto)*			84.6%		

Elemento	Características						
Indicador 11	Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de sífilis congénita.						
Objetivo del PAE	Eliminar la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita para lograr la primera generación libre de estas infecciones.						
Descripción general	Mide de forma indirecta la efectividad de la detección temprana de los casos de sífilis en mujeres embarazadas o parturientas, para intervenir oportunamente con el tratamiento que evite la transmisión de madre a hijos.						
Observaciones	<p>Resulta de restar al 100% el cociente del número de casos nuevos en recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita en el año entre el número de casos nuevos en recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita en el año base</p> <p>Se consideran los casos nuevos diagnosticados en todas las instituciones del sector salud</p>						
Periodicidad	Anual.						
Fuente	SSA/DGE. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica						
Referencias adicionales	<p>Rectoría: SSA. Censida y CNEGSR.</p> <p>Estimación: SSA. Censida</p> <p>Monitoreo: SSA. Censida y CNEGSR.</p>						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	8%	17%	25%	32%	42%	50%	
Línea base 2013				Meta Sexenal			
77 (2012) (número absoluto)				50%			



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

La respuesta social organizada a los problemas de salud pública prioritarios, como el VIH y otras ITS, en la operatividad, son una práctica social interinstitucional e interdisciplinaria que involucra tanto al estado como a la sociedad civil.

La acción política y programática de este plan está encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas e incluye la responsabilidad de todas las instituciones que integran el sector salud, público y privado, para asegurar el acceso y la calidad de la atención a la salud de toda población. Sin la identificación precisa de responsabilidades es imposible la verificación, el acompañamiento y la evaluación operativa (planificación o programación de estrategias y actividades), y por tanto, del logro de metas.

La rectoría y gobernanza

La conducción de las políticas públicas del sector, la armonización de la provisión de los servicios, la regulación, el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, la modulación del financiamiento y la vigilancia del aseguramiento de todas ellas, son elementos de la función rectora que compete a la SSA a través del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida), para los ámbitos de respuesta al VIH y otras ITS. Esto se materializa para todo el sector, en los ámbitos preventivos-curativos y en todos los niveles de atención, como políticas de salud, planes, presupuestos, normas, leyes, reglamentos, supervisión y control, protocolos, investigación, prevención colectiva, atención a riesgos sociales y ambientales, entre otros.

Asimismo, las Secretarías de Salud Estatales, alineadas a la política nacional, deben conducir a las instituciones que conforman el sistema de salud estatal y que son de su área de correspondencia, principalmente en la provisión de servicios a su población. Donde se debe tener en cuenta la coordinación del sector en los ámbitos de espacio-población; la suficiencia de oferta; el primer nivel como puerta de entrada y la coordinación asistencial centrada

en la persona, familia y comunidad, más que en las acciones.

El financiamiento y aseguramiento

Si bien, en México existen diversos esquemas de aseguramiento público y privado en salud, éstos se encuentran vinculados a un presupuesto demarcado por las fuentes y mecanismos de financiamiento, los agentes financieros y los mecanismos de pago a proveedores. Todos ellos de vital importancia toda vez que las acciones deben ser acompañadas de recurso para su realización. No obstante, el modelo de financiamiento influye decisivamente sobre el desempeño del sistema de salud, se propone en el corto plazo la asignación y flujo de los recursos con base en la gestión basada en resultados.^{49,VI}

Los prestadores de servicios, en materia de VIH y otras ITS

Son competencia de los Servicios de Salud Estatales, IMSS, ISSSTE, Sedena, Pemex, Marina, Particulares y OSC, el alcance de las metas en materia de acceso y cobertura de las acciones de prevención y atención a la salud de VIH y otras ITS. En las matrices de corresponsabilidades se establecen las acciones, indicadores, objetivos y metas conjuntas para la atención a la población mexicana.

Con base en este marco de referencia se espera de esta estrategia nacional mejoras en la salud de la población mexicana (morbilidad, mortalidad, calidad de vida, supervivencia, entre otros), y que el grado de respuesta de todo el sector en todo el país considere el respeto a las personas (dignidad, autonomía, confidencialidad); que la atención sea inmediata, con calidad de los servicios prestados y que facilite el acceso a redes de apoyo social (protección social). Finalmente, que el financiamiento sea justo, garantizando la protección financiera.

^{VI} En los últimos años, se inició la implantación de la gestión por resultados (GpR), estrategia de la Administración Pública Federal que busca hacer más efectivo el desempeño de las instituciones públicas, con base en el logro de los mejores resultados. Para su instrumentación se requiere de la aplicación operativa del presupuesto basado en resultados (PbR) a fin de adecuar la definición del presupuesto con base en los resultados de salud. Para la efectiva

implantación del PbR es necesaria la cooperación y coordinación de todas las unidades administrativas involucradas, lo cual implica la formación de equipos de trabajo y la apertura permanente de canales de comunicación entre las áreas técnicas, los responsables de los programas y los tomadores de decisiones al más alto nivel.

Mecanismos de coordinación interinstitucional

En los últimos años se han realizado grandes avances hacia la integración funcional del sector salud. No obstante, en su justa dimensión ésta no es un fin en sí mismo, sino un medio para lograr un acceso continuo a la atención médica sin importar el sistema de afiliación o derechohabencia de la población usuaria (acceso universal).

Para ello, tanto en el ámbito federal como estatal se deben realizar de manera continua y sistemática la búsqueda de consensos políticos entre las diversas instituciones que lo componen: SSA, IMSS, ISSSTE, Sedena, Pemex, Marina, Particulares y OSC; asimismo, tener una buena coordinación de las acciones a realizar para evitar duplicidad de tareas y gastos. Actualmente, a nivel estatal, operan comités estatales y convenios entre instituciones, ejemplo de mecanismos de coordinación interinstitucional.^{VII}

^{VII} Los Comités Estatales para la prevención y tratamiento del Sida, que más tarde se convirtieron en programas estatales o Coesidas en las 32 entidades federativas, los cuales operan el programa a nivel estatal. Como parte de la descentralización, se establecieron diversas estrategias para fortalecer los programas y acciones a nivel estatal, lográndose que todas las entidades

federativas contaran con un programa bajo la responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud (Sesa); no obstante, todos ellos deben estar bajo la tutela de los Consejos Estatales de Salud.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1		Disminuir los efectos del VIH e ITS mediante prevención focalizada, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno; así como el fortalecimiento de la rectoría.								
Indicador 1		Prevalencia del VIH en población adulta.			Meta 1		Mantener la prevalencia de VIH menor a 0.4% en población adulta, 17% para HSH, 18.2% para HTS, <1% MTS, 5.8% en PUDI y 20% en MT.			
Indicador 2		Porcentaje de personas con VIH que siguen con vida y continúan en tratamiento 12 meses después de iniciar terapia.			Meta 2		Al menos 90% de las personas con VIH que siguen con vida y continúan en tratamiento 12 meses después de iniciar la terapia.			
Indicador 3		Porcentaje de personas que actualmente recibe terapia antirretroviral.			Meta 3		Al menos 80% de personas con VIH que reciben tratamiento antirretroviral.			
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros*	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.1.	Monitorear y evaluar el desempeño de programas y proyectos de prevención y atención, desde el nivel nacional hasta la unidad médica.	✓	✓	✓	✓	✓	✓			Áreas responsables de los SESA: Salud Pública, Programas estatales VIH, sida e ITS, Capasits y Sai, área administrativa y de planeación. Áreas responsables de la Seguridad Social: Salud Pública, Atención Médica, Área administrativa y de planeación.
1.1.2.	Fortalecer y mejorar la rendición de cuentas con una perspectiva interinstitucional.	✓	✓	✓	✓	✓	✓			Servicios Privados (Hospitales y consultorios). Áreas responsables de los SESA: Atención médica ambulatoria y hospitalaria, Capasits, Sai, Salud Pública.
1.1.3.	Fortalecer la articulación de los servicios de salud con los servicios especializados en VIH y otras ITS.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Áreas responsables de la Seguridad Social: Atención médica ambulatoria y hospitalaria, Área administrativa, Salud Pública.

RESPUESTA AL VIH, SIDA E ITS

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros*	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.4.	Fortalecer la participación de organismos gubernamentales y no gubernamentales en respuesta al VIH e ITS.	✓	✓							
1.1.5.	Impulsar que todas las instituciones públicas y privadas, ejecuten políticas públicas en la materia.	✓	✓							

Objetivo 2		Implementar estrategias de prevención combinada en poblaciones clave y en situación de desigualdad.								
Indicador 4		Porcentaje de personas que declaran haber usado un preservativo en su última relación sexual.			Meta 5		Aumentar el uso del preservativo en poblaciones clave, en un 80% para HSH, 72% para HTS, 90% para MTS y 80% para MT.			
Indicador 5		Porcentaje de personas que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.			Meta 6		Aumentar el porcentaje de personas que se sometieron a la prueba de VIH, en un 53% para HSH, 68% para HTS, 39% de MTS y 56% en MT.			
Indicador 6		Porcentaje de personas usuarias de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectaron.			Meta 7		Aumentar en un 60% el número de personas usuarias de drogas inyectables que usaron equipo de inyección estéril en la última vez que se inyectaron.			
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros*	Observaciones
No.	Descripción									
2.1.1.	Promover comportamientos saludables, el acceso a insumos y servicios preventivos, con énfasis en detección temprana del VIH, utilizando lenguaje incluyente.	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	*Particulares: Consultorios OSC. Áreas responsables de los SESA: Salud Pública, Programas estatales VIH, sida e ITS, jurisdicciones, Capasits, Sai, unidades de atención primaria, área administrativa y de planeación.
2.1.2.	Fortalecer programas de prevención combinada en poblaciones clave y situación de desigualdad, para modificar comportamientos, estrategias estructurales y biomédicas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	Áreas responsables de la Seguridad Social: Salud Pública, unidades de atención primaria, Área administrativa y de planeación.
2.2.1.	Incluir la promoción de los derechos humanos, en todos los servicios de salud, como política pública.	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	

RESPUESTA AL VIH, SIDA E ITS

Objetivo 3		Brindar atención integral de calidad del VIH e ITS, con respeto a la diversidad sexual, los derechos humanos e interculturalidad.								
Indicador 7	Porcentaje de personas seropositivas cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue de menos de 200 células/ μ l.	Meta 7	Disminuir a 30% el porcentaje de personas seropositivas con primer recuento de linfocitos CD4 menor de 200 células por μ l.							
Indicador 8	Porcentaje estimado de casos de tuberculosis activa en personas que viven con VIH que reciben tratamiento para tuberculosis y VIH.	Meta 8	Aumentar al 100% el porcentaje de personas en tratamiento TAR que se encuentran en tratamiento de la TB activa.							
Indicador 9	Prevalencia de sífilis adquirida.	Meta 9	Disminuir a 1.0% la prevalencia de sífilis adquirida.							
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros*	Observaciones
No.	Descripción									
3.1.1.	Incrementar la detección temprana del VIH, con énfasis en población clave y en situación de desigualdad.	✓	✓	✓		✓	✓		✓	*Particulares: Consultorios y Hospitales. Áreas responsables de los SESA
3.1.2.	Asegurar la atención integral de calidad en VIH, incluyendo prevención y control de violencia, adicciones, salud mental, diabetes, obesidad, dislipidemias.	✓	✓	✓		✓	✓		✓	Salud Pública, Capasits, Sai, servicios de atención primaria, Hospitales, área administrativa y de planeación. Áreas responsables de la Seguridad Social: Salud Pública, servicios de atención primaria, Hospitales, área administrativa y de planeación.
3.1.3.	Incrementar la detección temprana, tratamiento y profilaxis oportuna de las infecciones oportunistas, con énfasis en la tuberculosis.	✓	✓	✓		✓	✓		✓	Áreas responsables de los SESA: Salud Pública, Capasits, Sai, servicios de Tb y atención primaria, Hospitales, área administrativa y de planeación. Áreas responsables de la Seguridad Social: Salud Pública, servicios de atención primaria, servicios de VIH y Tb, Hospitales, área administrativa y de planeación.

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros*	Observaciones
No.	Descripción									
3.1.4.	Promover el acceso efectivo a orientación, consejería en planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva para personas con VIH y sida.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<p>Áreas responsables de los SESA: Salud Pública, Capasits, Sai, servicios de ITS y atención primaria, Hospitales, área administrativa.</p> <p>Áreas responsables de la Seguridad Social: Salud Pública, servicios de atención primaria, servicios de VIH e ITS, Hospitales, Área Administrativa.</p>
3.2.1.	Impulsar la detección de ITS, su tratamiento oportuno, el manejo sintromico con énfasis en población clave y en situación de desigualdad.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<p>Áreas responsables de los SESA: Salud Pública, Programas estatales VIH, sida e ITS, jurisdicciones Servicios especializados de VIH, Uds. de atención primaria, área administrativa y de planeación.</p> <p>Áreas responsables de la Seguridad Social: Salud Pública, unidades de atención primaria, Área Administrativa y de planeación.</p>

RESPUESTA AL VIH, SIDA E ITS

Objetivo 4		Eliminar la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita para lograr la primera generación libre de estas infecciones.								
Indicador 10		Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical.	Meta 10		Aumentar en un 84.7% la efectividad de la detección de casos de VIH en mujeres embarazadas.					
Indicador 11		Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de sífilis congénita.	Meta 11		Aumentar en un 50% la efectividad de la detección de casos de sífilis en mujeres embarazadas.					
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros*	Observaciones
No.	Descripción									
4.1.1.	Ofrecer a toda mujer embarazada y su pareja la detección del VIH y sífilis, en la primera consulta prenatal.	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	*Servicios Particulares: Consultorios de ginecoobstetricia, Hospitales que ofrecen atención obstétrica.
4.1.2.	Asegurar el tratamiento profiláctico perinatal del VIH a las embarazadas que viven con el virus y a sus hijos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	Áreas responsables de los SESA: Salud Pública, servicios de control prenatal y atención primaria, Capasits, Sai, Hospitales.
4.1.3.	Asegurar el tratamiento oportuno de la sífilis adquirida, para las embarazadas y sus parejas	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	Áreas responsables de la Seguridad Social: Salud Pública, servicios de atención primaria, servicios de control prenatal, Hospitales, área administrativa y de planeación.



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRANSPARENCIA ⁶⁷⁻⁷⁷

Sistema de monitoreo y rendición de cuentas

Para el seguimiento y evaluación del Programa se cuenta con sistemas de información a cargo de la vigilancia epidemiológica de las personas infectadas y defunciones por VIH, el registro de casos por sida, personas con tratamiento antirretroviral, casos nuevos de ITS registrados, y también se realiza el seguimiento de los insumos y servicios de salud proporcionados, entre otros. Algunos de estos sistemas cuentan con información de todo el sector salud público (sectorial) y otros sólo de la Secretaría de Salud.^{viii}

El Sistema de Monitoreo y Evaluación con el que cuenta este Programa son de acceso y conocimiento de las instituciones de salud y de la población mexicana (excepto los datos personales).

- Registro nacional de casos de sida (RNCS).
- Registro nominal de personas con VIH.
- Registro nominal de casos de sífilis congénita.
- Sistema de Administración y Logística y Vigilancia de ART (SALVAR). Registro de las personas en tratamiento ARV.
- Sistema único de información de vigilancia epidemiológica (SUIVE).
- Encuesta centinela de infección en grupos específicos mediante la identificación de factores de riesgo, y se determinan las áreas geográficas con mayor prevalencia en el país.
- Sistema estadístico y epidemiológico de las defunciones (SEED).
- Registro de mortalidad (INEGI/Secretaría de Salud).
- Boletines de Caminando a la Excelencia. Publicaciones de evaluaciones trimestrales sobre el desempeño de los diferentes programas de acción.
- Sistema de monitoreo para el seguimiento de las acciones preventivas realizadas en el marco del proyecto financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la Malaria “Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH-TS y PUDI de ambos sexos”.
- Sistema de información para la administración del fondo para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas (SIAFFASPE), cuyo propósito es para la vigilancia del desempeño y del ejercicio de recursos de las entidades federativas.
- Sistema para el monitoreo de acciones preventivas (SMAP), realizadas por las OSC y financiadas con recursos federales.

^{viii} La Dirección General de Epidemiología (DGE) es la unidad de la SSA encargada de coordinar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, que considera todas las instituciones del sector salud.

- Informes de Rendición de Cuentas para la administración.
- Sistema de Información en Salud (SIS), constituye una fuente para el seguimiento de los diferentes programas de la Secretaría de Salud; el cual proporciona información sobre los daños a la salud, los recursos disponibles y la prestación de servicios otorgados por la institución.
- Boletines del grupo de información sectorial (GIS) en VIH, sida e ITS publicados por el comité de monitoreo y evaluación del Conasida, un boletín anual que concentra información de las instituciones del sector público (SSA, IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena y Marina) sobre prevención sexual, sanguínea, perinatal, y atención integral.
- Medición del Gasto en sida (Megás), cuya metodología propuesta por ONUSIDA dirige el rastreo de recursos destinados al VIH y sida a nivel nacional. Esta herramienta ha contribuido a que se optimice la utilización de recursos dirigidos a aquellas funciones básicas que eviten la propagación de la epidemia y atiendan de forma integral a las poblaciones clave.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición con información sobre prevalencia en población general de VIH y otras ITS, donde Censida colabora en el diseño de las preguntas.

Evaluación de resultados

Para que la evaluación sea efectiva se requiere implementar un seguimiento de las metas e indicadores nacionales e internacionales, a los que México como país se ha comprometido a nivel mundial.

Evaluación del desempeño de las entidades federativas. La Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, da continuidad a la evaluación en las entidades federativas a través de la estrategia Caminando a la Excelencia, cuyo objetivo es identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de los diferentes programas de acción de su competencia, en este caso en materia de VIH y sida e infecciones de transmisión sexual.

Evaluación de avances en el marco internacional. ONUSIDA publica anualmente las directrices para la presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2014 (GARPR). Los indicadores hasta 2012 se registraban con una periodicidad de 2 años; sin embargo, desde 2013 se recopilan anualmente. Estas directrices, proporcionan a los países orientación técnica sobre la forma de medir los avances hacia los diez objetivos establecidos en la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida en 2011. Incluyen especificaciones detalladas sobre los indicadores básicos. Los datos se utilizan para monitorear el progreso contra los compromisos y objetivos de la declaración política de la ONU 2011 sobre VIH y sida y los ODM relacionados con sida.⁷⁵⁻⁷⁷

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: www.spps.gob.mx, del CENSIDA: www.censida.salud.gob.mx y a través del enlace de contacto en el sitio web.

BIBLIOGRAFÍA

1. ONUSIDA. Informe mundial: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2013. Américas 2007. Vol.1, Cap. 4. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud.
2. El sida en México: los próximos treinta años. 2013 (versión en edición).
3. SSA/Censida. Informe Nacional de Avances en la respuesta al VIH y el sida. México, abril 2014.
4. Banco Mundial. La planificación y gestión de los resultados del VIH y sida: un manual. Washington DC: 2007.
5. Rodríguez-García R. y Rosenberg H. Aplicación del ciclo estratégico por resultados a la planificación de estrategias de VIH y sida en Latinoamérica. Salud Publica Mex 2013;55 (sup 1):7-14.
6. ILPES/Cepal. Manual de planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público. 2009
7. Ramanadhan, S and Viswanath K. Priority setting for evidence-based health outreach in community-based organizations: a mixed-methods study in three Massachusetts communities. Transl Behav Med. 2013;3(2):180-188.
8. Pérez-Cervera MJ. Manual para el uso no sexista del lenguaje. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. 4° edición: marzo 2011.
9. OMS. Servicios integrados de salud. ¿Qué y por qué? Resumen técnico N° 1, mayo de 2008
10. Bekker LG, Beyrer C y Quinn TC. Estrategias combinadas biomédicas y de comportamiento para la prevención del VIH. Cold Spring Harb Perspect Med 2012.
11. Highly active HIV prevention, a term coined by King Holmes, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA: STI. Sexually transmitted infections (Coates and Gable 2008).
12. Organización Panamericana de la Salud. Salud de las Américas 2007. Vol.1, Cap. 4. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud.
13. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial para la Salud, Oficina Regional para las Américas. Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH 2014. Abril, 2014.
14. Magis C, Saavedra J. y Bravo E. La atención médica a las personas que viven con VIH/SIDA: la cascada de México, 2013.
15. OMS. Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva N°110, agosto de 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>
16. OMS. Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva N° 110. Actualización noviembre de 2013.
17. Funsalud. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de servicios de salud. 2011.
18. OMS. Guía para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. 2005. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/sti/STIguidelines2003_es.pdf
19. OMS. Nota descriptiva número 360, octubre de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
20. OPS y OMS. La OPS/OMS advierte que el estigma y la discriminación afectan la salud de lesbianas, gays, bisexuales y trans. Nota informativa 16 de mayo 2013.
21. Consejo Nacional para Prevenir la Discapacidad. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. Enadis 2010. Resultados generales.
22. Consejo Nacional para Prevenir la Discapacidad. Guía para la acción pública contra la homofobia. México

RESPUESTA AL VIH, SIDA E ITS

- 2012.
23. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 05-02-1917 F.E. DOF 06-02-1917 Ref. DOF. Última Reforma 05-06-2013.
 24. Ley General de Salud. DOF. 07-02-1984. Última Reforma DOF. 19-III-2014.
 25. Ley de Planeación. DOF. 05-01-1983. Última Reforma DOF 09-04-2012.
 26. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. DOF. 11-06-2003. Última Reforma DOF. 20-03-2014.
 27. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. DOF. 19-01-2004. Última Reforma 10-01-2011.
 28. Acuerdo del Consejo de Salubridad General por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH y sida en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. DOF. 12-11-2004.
 29. Norma Oficial Mexicana. NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. DOF. 21-06-2010.
 30. Norma Oficial Mexicana. NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. DOF. 19-09-2003.
 31. Norma Oficial Mexicana. NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. DOF. 15-10-2012.
 32. Norma Oficial Mexicana. NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de Planificación Familiar. DOF. 30-05-1994.
 33. Norma Oficial Mexicana. NOM-006-SSA2-2013, para la prevención y control de la tuberculosis. DOF. 13-11-2013.
 34. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana. NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. DOF. 09-10-2012
 35. Norma Oficial Mexicana. NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. DOF. 19-10-2000.
 36. Norma Oficial Mexicana. NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. DOF.26-10-2012.
 37. Cruz-Palacios C, Ramos-alamillo U y González-Rodríguez A. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. *Dirigida a personal de servicios de salud*. FUNSALUD. 1ª Ed. 2011
 38. Secretaría De Salud-Censida. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. 5ª. Ed. México, 2012.
 39. Secretaría de Salud-Censida. Guía de enfermería para la atención de personas con VIH. 2ª edición 2009.
 40. Álvarez-Hernández G, Salazar-Arriola SA y Bocanegra-Luna CS. Guía diagnóstico y manejo de la sífilis en el embarazo y prevención de la sífilis congénita. Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora. 1ra. Edición, 2012.
 41. Magis-Rodríguez C y Barrientos-Bárceñas H. VIH/sida y Salud Pública. Manual para personal de salud. Secretaría de Salud, Censida e INSP. 2da. Edición, 2009.
 42. Secretaría de Salud-INDRE. Manual de toma, envío y recepción de muestras para diagnóstico (REMU-MA-1). 1ra. Edición, 2014.
 43. Secretaría de Salud-Censida. Manual de usuario. Sistema de Administración, Logística y vigilancia de ARV (SALVAR) Versión 3.5.
 44. UNAIDS. Together we will end AIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2012.
 45. Secretaría de Salud-INSP. 25 años de VIH/sida en México. Capítulo II. El diagnóstico epidemiológico 1981-1995 y el primer programa nacional de prevención: 1990-1994. Logros, desaciertos y retos, pp. 27-57 2ª edición, 2009.
 46. Secretaría de Salud-Conasida. Informe nacional de avances en la lucha contra el sida. México 2012.
 47. Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA. Numeralia VIH/sida 2013. México: Secretaría de Salud; 2013.
 48. Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA. Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México. Registro Nacional de Casos de sida. México: Censida [Actualización al 31 dic de 2013]. Disponible en: www.censida.salud.gob.mx/interior/panorama.html
 49. Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA. Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México. Registro Nacional de Casos de sida.



- México: Censida [Actualización al 30 sept 2013]. Disponible en: www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/rn_3er_trim_2013.pdf
50. Uribe-Salas F, Conde-González C, Magis-Rodríguez C, Juárez-Figueroa L. Consistencia de las categorías de transmisión sexual del VIH/sida informadas por el sistema de vigilancia epidemiológica del estado de Chiapas, México. Un problema metodológico. *Gac Méd Méx* 2005;141(5):401-406.
 51. Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Romero M, Conde-Glez CJ, Sosa-Rubí S. Es estable la epidemia del VIH entre los HSH en México? Prevalencia del VIH y de comportamiento de riesgo. Resultados de una encuesta representativa a nivel nacional entre los hombres que tienen sexo con hombres. *PLoS ONE* 2013; 8(9).
 52. Magis-Rodríguez C, Loo-Méndez E, del Río-Chiriboga C. La epidemia de sida en México. Análisis global 1981-1996. *Gac Méd Méx* 1996;132(5):545-550.
 53. Volkow Fernández P, Soberón Acevedo G, Marín López A. La prevención de la transmisión sanguínea. En: Córdoba Villalobos JA, Ponce de León Rosales S, Valdespino JL. 25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos. México: Instituto Nacional de Salud Pública 2008; 59-72.
 54. Magis Rodríguez C, Marques LF, Touzé G. HIV and injection drug use in Latin America. *AIDS* 2002;16 (supl. 3):34-41.
 55. De Luca M, Magis Rodríguez C, Bravo García E, Rivera Reyes P, Ortíz Mondragón R, Gayet C. La epidemia de sida en México al 2008. *Gac Méd Méx* 2010;146(1):45-49.
 56. Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Sosa-Rubí S, Romero M Conde C. Diagnostico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/sida en México. Junio 2012.
 57. López M, et al. Causales críticas asociadas a la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita. Universidad Autónoma de México. Facultad de Medicina.
 58. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema de notificación semanal. Datos definitivos. México, 2012.
 59. Gutiérrez JP; López-Zaragoza JL; Valencia Mendoza A; Pesqueira E; Ponce de León S Bertozzi SM. Haciendo frente a la epidemia de VIH/sida en México: ¿una respuesta organizada? *México: Rev invest clín* 2004;56(2) 242-252.
 60. Funsalud. Informe de evaluación del Programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH/sida e ITS, y evaluación de resultados del Proyecto México de lucha contra el sida, Ronda 9, financiado por el Fondo Mundial, agosto 2012.
 61. Secretaría de Salud -Censida. El VIH/sida en México 2012 Primera edición. México: Secretaría de Salud; 2012.
 62. Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA. México: Censida [Actualizado 30 jul 2013, consultado 18 dic 2013]. Disponible en: <http://www.aids-sida.org/archivos/CENSIDA-2013-07-30-RetosOportunidades.pdf>
 63. Censida. Retos y oportunidades en la prevención y atención del VIH y sida en México. La voz de las poblaciones y los actores clave. 2013.
 64. Secretaría de Salud-Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y sida 2012. Atención con la atención, junio de 2013.
 65. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. DOF. 20-5-2013.
 66. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. DOF. 12-12-2013.
 67. Secretaría de Salud. Rendición de cuentas en salud 2009. Capítulo III: Presupuesto basado en resultados: Implantación en la Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector y la Dirección General de Evaluación del Desempeño.
 68. Acuerdo 01/2013 por el que se emiten los lineamientos para dictaminar y dar seguimiento a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
 69. ONUSIDA. Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el sida 2012. Ginebra, Diciembre 2011. OMS, UNICEF y Onusida. Guía sobre indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector salud al VIH y sida, enero, 2012.
 70. ONUSIDA. Agenda para la acción acelerada de los países para las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el plan operativo del VIH para el marco de acción del ONUSIDA: abordar las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. 2010.

71. UNICEF. Un mundo apropiado para los niños y las niñas. Objetivos de Desarrollo para el Milenio. Documentos de la sesión especial en favor de la infancia. La convención sobre los derechos del niño. 2002.
72. UNICEF. Informe sobre el examen de fin de ciclo del plan estratégico de mediano plazo, 2006-2013.
73. UNICEF. Compromisos mundiales sobre la infancia y el VIH y sida [consultado el 01-12-13]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/aids/index_42853.html
74. ONUSIDA - *CrowdOutAIDS*. Recomendaciones de la estrategia de colaboración con una nueva generación de líderes para la respuesta al sida. 2011.
75. Banco Mundial. El sistema de Monitoreo y Evaluación de México: Un salto del nivel sectorial al nacional. 2009
76. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Global AIDS response progress reporting 2014: construction of core indicators for monitoring the 2011 UN political declaration on HIV/AIDS. UNAIDS / JC2552E (English original, January 2014). Publicado en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_en.pdf
77. Naciones Unidas. Asamblea General. Sexagésima y octava periodo de sesiones. Tema 14 y 118 del programa. Proyecto de resolución presentado por el Presidente de la Asamblea General. Documento final del acto especial de seguimiento de la labor realizada para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ARV	Antirretrovirales. Medicamentos empleados en el control del virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida
CAMEX	Caminando a la excelencia
CAPASITS	Centros ambulatorios para la prevención y atención del sida e infecciones de transmisión sexual
CENADIC	Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNEGR	Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CONAPRED	Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida.
CV	Carga viral. La concentración del VIH en la sangre circulante, medida como número de material genético en plasma
DGE	Dirección General de Epidemiología
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
ENSA	Encuesta Nacional de Salud
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FM	Fondo mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria
FPGC	Fondo de protección contra gastos catastróficos.
HSH	Hombres que tienen sexo con otros hombres
HTS	Hombres trabajadores sexuales
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública

ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MEGAS	Medición de gasto en sida
MT	Mujeres transgénero
MTS	Mujeres trabajadoras sexuales
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio
OMS	Organización mundial de la salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y sida, destinado a coordinar las actividades de los distintos organismos especializados en la lucha contra el sida. <i>UNAIDS</i> por sus siglas en inglés.
OPS	Organización panamericana de la salud
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PAE	Programa de acción específico
PAFI	Programa nacional de acción en favor de la infancia
PEMEX	Petróleos mexicanos
PND	Plan nacional de desarrollo
PROSESA	Programa sectorial de salud
PUDI	Personas usuarias de drogas inyectables
PVV	Personas que viven con el VIH
RNCS	Registro nacional de casos de sida
SAF	Secretaría de Administración y Finanzas
SAI	Servicios de atención integral
SALVAR	Sistema para administración, logística y vigilancia de antirretrovirales
SEDENA	Secretaría de la defensa nacional
SEMAR	Secretaría de marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SIAFFASPE	Sistema de información para la administración del fondo para el fortalecimiento de acciones de salud pública en las entidades federativas.

SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIS	Sistema de información en salud
SMAP	Sistema para monitoreo de acciones preventivas
SSA	Secretaría de salud
SUIVE	Sistema único de información para la vigilancia epidemiológica
TAR	Terapia o tratamiento antirretroviral
TB	Tuberculosis
TS	Trabajo sexual
TTT	Transgénero, transexual y travesti
UNGASS	Periodo extraordinario de sesiones de la asamblea general de la Organización de las Naciones Unidas, Onu sobre el VIH y sida
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VPH	Virus del papiloma humano

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acceso universal. Máxima cobertura en servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para todas las personas que los necesiten. Entre los principios básicos para que el acceso sea universal, se requiere que los servicios sean equitativos, accesibles, asequibles, integrales y sostenibles a largo plazo. Debido a que cada escenario suele tener distintas necesidades, los objetivos para el acceso universal se fijan a nivel nacional.

Asesoramiento. Proceso dinámico de comunicación interpersonal entre un cliente y una persona asesora experimentado y comprometido, de acuerdo a un código ético y de buenas prácticas que gira en torno a la resolución de problemas y dificultades en el terreno personal, social o psicológico. Se basa en pilares como empatía, integridad, ausencia de juicios morales o personales, así como en el respeto necesario, con el fin de ayudar al cliente a explorar, descubrir y aclarar las distintas formas de abordar un determinado problema

Cambio de comportamiento. Se define como la adopción y mantenimiento de comportamientos saludables.

Derechos humanos. Derechos inherentes a todas las personas sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua o cualquier otra condición. Son universales, interdependientes, indivisibles, inalienables y progresivos.

Discriminación. Hacer una distinción o aplicar una medida que tiene un impacto desproporcionado; dar un trato injusto basado en una categoría, por ejemplo: el sexo de una persona, su orientación sexual, raza, edad, nacionalidad, religión o cualquier otra distinción real o supuesta.

Diversidad sexual. Todas las posibilidades de asumir y vivir la sexualidad –distinta en cada cultura y persona–, la práctica, la orientación y la identidad sexo genéricas. Suele referirse a prácticas o identidades no heterosexuales.

Es el reconocimiento de que todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos tienen derecho a existir y manifestarse sin más límite que el respeto a los derechos de los otros.

Estado serológico. Término genérico que se refiere a la presencia o ausencia de anticuerpos en la sangre. Con frecuencia se refiere al estado de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana.

Estigma. Marca que hace parecer a una persona como inferior al resto y que produce rechazo social. Se alimenta de percepciones sin fundamento lógico-racional. En la actualidad el estigma prevalece y se basa en uno o más factores como la edad, la clase, el grupo étnico, las creencias religiosas, la preferencia sexual, las prácticas sexuales, entre otros.

Factores de riesgo. Condiciones o comportamientos que aumentan las posibilidades de que una persona adquieran una infección.

Gay. Expresión alternativa a *homosexual*, que se prefiere por su contenido político y uso popular. Se utiliza como sinónimo de la identidad de los hombres homosexuales, aunque algunas mujeres también lo utilizan. Es una construcción de identidad y resulta también una manera de auto denominación.

Género. Conjunto de ideas, creencias y representaciones sociales de la diferencia sexual entre hombres y mujeres. Establece relaciones desiguales de poder y un orden jerárquico donde lo masculino (ser hombre) es superior frente a lo femenino (ser mujer). Además, alude a las formas históricas y socioculturales en que mujeres y hombres construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en la sociedad.

Heterosexual. Orientación sexual caracterizada por el deseo y la atracción hacia personas del sexo opuesto. Un hombre heterosexual se siente atraído por las mujeres, mientras que una mujer heterosexual siente atracción por los hombres.

Homofobia. Miedo irracional a la homosexualidad o a las personas con orientación homosexual, o que parecen serlo. Se expresa en rechazo, discriminación, ridiculización y otras formas de violencia, que dan pie a prácticas que pueden ser violatorias de los derechos humanos. Se hace extensivo para incluir el rechazo a todas las expresiones sociales que no cumplen con los roles y las prácticas tradicionales de género.

Homosexualidad. Deseo o práctica de relaciones sexuales erótico-afectivas entre personas del mismo sexo o género. Este término se acuñó en 1868 en Alemania durante los debates en torno a la ley prusiana contra la sodomía; luego se utilizó en Inglaterra como parte de ensayos históricos que apelaban a la existencia de prácticas homosexuales desde la antigüedad.

Hombres que tienen sexo con otros hombres: describe a los HSH, independientemente de si tienen o no relaciones sexuales con mujeres o de sí, a nivel particular o social, tienen una identidad gay o bisexual. Este concepto es útil porque también incluye a los hombres que se autodefinen como heterosexuales, pero que pueden tener relaciones sexuales ocasionales con hombres.

Identidad de género. Manera en que cada persona experimenta su pertenencia a un género (masculino o femenino). Como se trata de un registro de la experiencia de vida, intervienen en él códigos sociales y culturales, y también influyen en él el momento histórico y el lugar en que la persona se desarrolla.

Identidad sexo genérica. Concepto y sentimientos que se tiene de uno mismo como ser sexual. Cada persona la define de acuerdo con su estilo de vida, sus prácticas y deseos sexuales, su adscripción de género, su preferencia sexual, actitudes y manifestaciones de comportamiento.

Igualdad. Principio básico de los derechos humanos que supone la existencia de prerrogativas inherentes a la persona. Más allá de las diferencias innegables entre los seres humanos –por rasgos físicos, capacidad intelectual, clase social, nivel educativo–, la cualidad de disfrutar derechos básicos los iguala como personas.

Inmunodeficiencia. Incapacidad del sistema inmunitario de proteger al cuerpo en forma satisfactoria, lo que resulta en un aumento de la susceptibilidad a varios tipos de infecciones oportunistas y cánceres.

Intersexual. Presencia en la anatomía de una persona de órganos sexuales que corresponden a características de ambos sexos o estructuras que son difíciles de definir o resultan ambiguas desde la lógica que reconoce sólo dos sexos.

Lesbiana. Mujer que se relaciona erótico-afectiva-amorosa-vitalmente con mujeres. Se utiliza como sinónimo de la identidad de las mujeres homosexuales. Es una construcción de identidad y resulta también una manera de auto denominación.

Orientación sexual. Deseo o atracción erótico-afectivos hacia otras personas. Existe a lo largo del continuo que va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad. Puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos y fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

Personas que viven con el VIH (PVV). Término que refleja que una persona infectada puede continuar viviendo bien y de forma productiva durante muchos años.

Perspectiva de género. Forma de reconocer que tanto las mujeres como los hombres son actores dentro de una sociedad, que están limitados de formas diferentes, y a menudo desiguales, y que, en consecuencia, pueden tener percepciones, necesidades, intereses y prioridades diferentes, y a veces enfrentados.

Poblaciones clave. Se refiere a personas que pertenecen a grupos poblacionales cuya probabilidad de contraer o transmitir la infección por el VIH es superior a la de la población general, en el caso de México dadas las prevalencias conocidas estas son: hombres gay y otros HSH, personas que se dedican al **trabajo sexual**, TTT, PUDI y hombres privados de su libertad.

Políticas públicas. Puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas por cualquiera de las ramas y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la administración pública y la legislación.

Prácticas sexuales de riesgo. A las actividades en las que existe penetración y/o contacto pene-ano, pene-vagina, boca-pene, boca-vagina, boca-ano; o con objetos contaminados con secreciones sexuales o sangre utilizados durante la relación sexual, sin el uso correcto y sistemático de una barrera mecánica, para evitar el intercambio de secreciones o líquidos potencialmente infectantes.

Prejuicio. Nociones que sin estar respaldadas en una experiencia directa o información comprobable orientan de manera negativa la percepción sobre una persona o un grupo.

Prevención combinada del VIH. Busca obtener el máximo impacto en la prevención del VIH a través de la combinación de estrategias de comportamiento, biomédicas y estructurales basadas en los derechos humanos y fundamentados en pruebas, en el contexto de una epidemia local bien entendida y estudiada. El principio de la prevención combinada es el análisis de deficiencias «conoce tu epidemia, conoce tu respuesta».

Riesgo. Referido al riesgo de exposición al VIH o a la probabilidad de que una persona contraiga la infección por el VIH. Determinados comportamientos crean, aumentan o perpetúan el riesgo. Son los comportamientos, y no la pertenencia a un grupo, los que ponen a las personas en situaciones en las que pueden quedar expuestas al VIH.

Salud sexual. Es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad.

Sexo. Conjunto de diferencias biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres. Esto incluye la diversidad evidente de los órganos genitales externos e internos (primarios y secundarios) y las diferencias relativas a la función de procreación.

Sexismo. Valoración asimétrica entre ser hombre o mujer, o entre lo masculino y lo femenino; generalmente se traduce en prácticas discriminatorias hacia un sexo (casi siempre las mujeres) por considerarse inferior al otro.

Transgénero. Condición humana por la que una persona tiene cualidades y comportamientos de género (el ser masculina o femenina) que no coinciden con su sexo de acuerdo con los patrones sociales y culturales, por lo que se identifica o adopta los del género opuesto. El uso del atuendo del género opuesto es la conducta más ostensible de la transgeneridad.

Transexual. Condición humana por la que una persona, habiendo nacido con un sexo biológico determinado, tiene una identidad de género (sexo psicológico) distinta a la que le “corresponde”. La condición de *ser transexual* no depende de si se realiza o no la reasignación sexo-genérica.

Travesti. Es un comportamiento en la que una persona de un determinado sexo biológico expresa a través de la vestimenta, principalmente, un rol de género socialmente asignado al sexo opuesto, independiente de la preferencia u orientación sexual. La persona no siente la necesidad de ir más allá de esta expresión; es decir, se siente conforme con su sexo de nacimiento y no busca someterse a terapia hormonal alguna o a una reasignación sexo-genérica.

Transfobia. Expresión discriminatoria de rechazo, discriminación, burla y otras formas de violencia dirigida hacia personas con identidades transgénero, transexual o prácticas de travestismo.

Vulnerabilidad. Se hace referencia a la desigualdad de oportunidades, la exclusión social, el desempleo o el empleo precario, así como a otros factores sociales, culturales, políticos o económicos que hacen que una persona sea más vulnerable frente a la infección por el VIH y que pueda desarrollar el sida.

ANEXOS

Anexo 1. Marco Internacional de la lucha contra el VIH y el sida.

Las normas de derecho internacional, entre ellos, acuerdos, declaraciones, pactos, tratados y otros, protegen al ser humano mediante la instauración de un conjunto de reglas mínimas de protección y desarrollo para todas las personas, incluyendo a las que viven con el VIH y sida. Como punto de partida prevalece la Carta de las Naciones Unidas (1945) y la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y en los últimos años, la Resolución 2802 de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos “Promoción y protección de los Derechos Humanos de las personas vulnerables al VIH y sida, viviendo con VIH y sida, afectadas por él en las Américas”; instrumentos transversales dentro del contexto más general a todos los acuerdos globales.

Recientemente se reiteraron los compromisos internacionales adoptados por el país en la Declaración política sobre VIH y sida (2011): intensificando nuestros esfuerzos para eliminar el VIH y sida; aprobada por los países miembros en la reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, documento que se fundamenta en la Declaración de compromisos sobre el VIH y el sida (2001) y en la Declaración política sobre VIH y sida (2006). La declaración de 2011 es un instrumento que apoyará a los países en el cumplimiento del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM): Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH para 2015.

La ratificación de la declaración política contempla siete objetivos,⁶⁶ a saber:

1. Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015.
2. Reducir en 50% el número de transmisiones del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015.
3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida.
4. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para 2015.
5. Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015.
6. Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22,000–24,000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios.
7. Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo.

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

Compromisos internacionales

Prevención y atención del VIH y sida e ITS en mujeres

Los compromisos internacionales reconocen la necesidad de incrementar la asignación de recursos y refuerzan la respuesta multisectorial en el tema de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y las necesidades de las mujeres que viven con el VIH, además de centrarse en planteamientos globales de prevención, salud sexual y reproductiva y violencia contra las mujeres. Los países se han comprometido también a ampliar sus respuestas a la problemática del sida y las mujeres a través de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1999), la Declaración de compromiso sobre el VIH y sida (2001), la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y los ODM (2000) y la Declaración política

sobre el VIH y sida (2006 y su ratificación 2011).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida (2010), en el marco global para alcanzar los ODM, plantea la *Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH*.⁶⁷ La agenda proporciona orientaciones a los organismos de las Naciones Unidas a escala nacional respecto de las acciones que se deben tomar en colaboración con los gobiernos, la sociedad civil y los asociados para el desarrollo, a fin de lograr que las políticas y los programas nacionales del sida respondan mejor a las necesidades específicas de las mujeres y las niñas y protejan mejor sus derechos. Este documento plantea algunas estrategias comunes: a) potenciación del liderazgo de las mujeres y las niñas, en particular las que viven con VIH; b) acceso a servicios integrados de salud sexual y reproductiva y VIH; c) afrontamiento de la violencia contra las mujeres y niñas, y d) atención a las necesidades de las mujeres y niñas marginadas, instando a cada país a identificar acciones específicas y pertinentes para su contexto.

Prevención y atención del VIH y sida en la población infante

Para la población infantil, se estableció el *Plan Estratégico de Mediano Plazo de 2006-2013*, el cual articula la manera en que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) contribuye a los acuerdos internacionales específicos sobre el VIH, donde las esferas del plan se concentraron en cuatro áreas programáticas: a) prevención de la transmisión de madre a hijo; b) tratamiento pediátrico; c) protección de los niños afectados por el sida, y d) prevención entre jóvenes. El informe de fin de ciclo de este plan estratégico refiere que se han hecho notables progresos hacia la eliminación de la transmisión de la madre al hijo, asimismo establece como objetivo central llegar a los niños más desfavorecidos y vulnerables.⁶⁸

En el marco de los ODM la salud de las madres y los niños están estrechamente relacionados con acciones de respuesta al VIH y sida, la reducción de dos terceras partes de la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años (4°); y reducción de tres cuartas partes de la mortalidad de las madres (5°). Los esfuerzos conjuntos entre las actividades sobre el VIH y sida y la salud de las madres y los niños establecen sinergia que tiene potencial de producir mejores resultados para los niños y niñas y sus familias.⁶⁹

Adicionalmente en la Declaración de la *Sesión Extraordinaria de la Asamblea de las Naciones Unidas en favor de la Infancia (PAFI) sobre VIH y sida*, se establecieron una serie de metas nacionales y acciones mundiales para reducir la epidemia, entre ellas, fortalecer y promover el acceso cuanto antes a todas las personas en edad a servicios de salud reproductiva, por conducto de los sistemas de atención primaria de la salud para 2010: reducir 25% la prevalencia del VIH e ITS en jóvenes, y en 50% el número de infantes infectados con VIH garantizando que las mujeres gestantes que tengan acceso a atención prenatal dispongan de información, consejería y otros servicios de prevención del VIH disponibles.⁷⁰

Prevención y atención del VIH y sida e ITS en jóvenes

Hacer de los servicios de salud reproductiva una parte de los cuidados de salud primarios fomentando la protección y promoción de la salud (sexual y reproductiva) son planteamientos desde la *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (1999). En la *Declaración UNGASS* (2001) se reconoció la importancia de reducir los comportamientos de riesgo y fomentar el sexo con responsabilidad, incluida la abstinencia, la fidelidad y el uso correcto y continuo de condones.

El sexto ODM señala acciones concretas y metas para fortalecer el trabajo con jóvenes y adolescentes en relación con la salud sexual y reproductiva, educación y VIH. Entre los compromisos destacan asegurar que los servicios de salud provean acceso efectivo a consejería y pruebas de detección de ITS y VIH; atención integral de ITS; acceso a condones y educación sobre su uso correcto y consistente; orientación sobre decisiones reproductivas, incluyendo a personas con VIH; así como el tratamiento para el uso problemático de drogas y alcohol, especialmente en adolescentes y jóvenes.

En el marco de la XVIII Conferencia Internacional de sida (2008) llevada a cabo en México, se firmó la *Declaración Ministerial "Prevenir con Educación"* en la cual los países de América Latina se comprometieron a realizar un trabajo coordinado entre los ministerios de Salud y Educación para reducir las brechas de adolescentes y jóvenes que carecen de cobertura de servicios de salud y de acceso a la educación integral en la sexualidad. En 2011, se estableció la estrategia de Liderazgo de la Nueva Generación, el *CrowdOutAIDS* emitiendo las recomendaciones sobre el VIH emanadas de y para la población de jóvenes, congruentes con las acciones antes mencionadas.⁷¹

Anexo 2. Matriz de Corresponsabilidad Interna

Objetivo 1		Disminuir los efectos del VIH e ITS mediante prevención focalizada, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno; así como el fortalecimiento de la rectoría.							
Indicador 1		--	Meta 1		--				
Indicador 2		--	Meta 2		--				
Línea de acción		SESA	SPPS	CNPSS	SAF	Censida	Conasida	CNEGSR	Observaciones
No.	Descripción								
1.1.1.	Monitorear y evaluar el desempeño de programas y proyectos de prevención y atención, desde el nivel nacional hasta unidad médica.	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
1.1.2.	Fortalecer y mejorar la rendición de cuentas con una perspectiva interinstitucional.	✓	✓			✓	✓		
1.1.3.	Fortalecer la articulación de los servicios de salud con los servicios especializados en VIH y otras ITS.	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
1.1.4.	Fortalecer la participación de organismos gubernamentales y no gubernamentales en respuesta al VIH e ITS.	✓	✓			✓	✓		
1.1.5.	Impulsar que todas las instituciones públicas y privadas, ejecuten políticas públicas en la materia.	✓	✓	✓		✓	✓		



RESPUESTA AL VIH, SIDA E ITS

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

D.R. Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.