

El VIH/SIDA en México 2009



SALUD



**Centro Nacional para la Prevención
y el Control del VIH/SIDA**



El VIH/SIDA en México 2009



Dr. José Ángel Córdoba Villalobos
Secretario de Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Subsecretario de Prevención
y Promoción de la Salud

Dr. José Antonio Izazola Licea
Director General del Centro Nacional
para la Prevención y Control del VIH/SIDA

Dr. Carlos Magis Rodríguez
Director de Investigación Operativa

Dr. Carlos García de León
Director de Prevención y Participación Social

Dra. Griselda Hernández Tepichín
Directora de Atención Integral

Primera edición, diciembre de 2009

© 2009, CENSA

Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSA)

Calle de Herschel 119, 6º piso

Col. Verónica Anzures

Deleg. Miguel Hidalgo

México, DF, CP 11590

Para la reproducción parcial o total de esta obra, bastará con mencionar la fuente



INDICE

Introducción	5
1. Epidemiología	6
1.1 Panorama mundial y regional de la epidemia del VIH	6
1.2 Personas viviendo con VIH en México	10
1.3 Casos de SIDA	12
1.4 Evolución de la mortalidad por SIDA.....	15
2. Prevención.....	18
2.1 Proyectos focalizados de prevención en transmisión sexual.....	18
2.2 Censo Nacional de Organizaciones de la Sociedad Civil con trabajo en VIH/SIDA	20
2.3 Fortalecimiento de la respuesta de la sociedad civil organizada.....	21
2.4 Educación en la sexualidad	22
2.5 Campañas en medios masivos de comunicación	23
3. La atención a los pacientes con VIH/SIDA.....	27
3.1 El sistema de atención a pacientes con VIH/SIDA.....	27
3.2 Costo del tratamiento antirretroviral	28
3.3 Acceso al tratamiento Antirretroviral en México	29
3.4 Pacientes que reciben tratamiento ARV en México	31
3.5 Análisis de la carga viral indetectable	32
3.6 La sobrevivencia de los pacientes en tratamiento ARV	34
4. Consideraciones finales.....	35



Introducción

En México, la respuesta ante el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), ha sido firme. Los resultados de las continuas acciones que se han desarrollado desde 1983 - año en que se diagnosticó el primer caso en México-, han permitido el control de la epidemia.

Desde que inició la epidemia, se han llevado a cabo acciones para mejorar el sistema de registro epidemiológico, también se han realizado estudios que han abarcado diversos puntos geográficos en el territorio nacional, así como diferentes poblaciones clave en términos de vulnerabilidad; sin descuidar la vigilancia centinela que se realiza con todas las personas que acuden voluntariamente a realizarse la prueba de VIH.

La epidemia del VIH/SIDA se ha mantenido estable, con un bajo crecimiento durante la última década. El análisis conjunto y articulado de toda la información epidemiológica, indica que hay cambios en los patrones de transmisión del VIH/SIDA, y por tanto se han modificado las prevalencias observadas en comparación con las décadas anteriores.

La transmisión del VIH/SIDA por vía sanguínea ha cesado. Sin embargo, el número de casos de personas que viven con VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectables ha aumentado, principalmente en la región norte del país. En la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se observa un descenso de la prevalencia, excepto en el grupo de hombres trabajadores sexuales (HTS), en donde existe un incremento. Respecto a la población con prácticas heterosexuales se mantiene un crecimiento constante en el número de casos en mujeres, particularmente en las jóvenes, en las zonas rurales, y en las comunidades indígenas



1. Epidemiología

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, que constituye una amenaza para la seguridad nacional y para el desarrollo económico y social de las naciones. Los expertos han señalado que la pobreza y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas con el avance de la epidemia, por lo que se busca que todas las acciones en la materia se deberán vincular con el desarrollo social y económico del país.

Las lecciones aprendidas a lo largo del trabajo nacional e internacional demuestran que para detener la epidemia del VIH/SIDA para el año 2015 —como lo señala la declaración del Milenio de las Naciones Unidas—, es necesaria la coordinación intersectorial y la participación social, así como involucrar a las personas afectadas por el VIH/SIDA en todas las acciones.

1.1 Panorama mundial y regional de la epidemia del VIH

El VIH en el mundo

La magnitud de la crisis del SIDA supera las peores previsiones realizadas hace una década. A finales del 2007, ONUSIDA estimó que a nivel mundial existen 33.4 millones de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de los cuales 31.3 millones eran adultos, 15.7 millones mujeres, y 2.1 millones menores de 15 años. Cada día 7,400 personas se infectan por el VIH en todo el mundo, esto es, que 2.7 millones de personas contrajeron la infección en el 2009. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH, se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años. Únicamente durante el 2009, el SIDA causó 2 millones de muertes (Gráfico 1).

Gráfico 1

Panorama mundial de la epidemia del VIH 2009

Número de personas viviendo con VIH en 2007	Total	33.4 millones [31.5 – 35.8 millones]
	Adultos	31.3 millones [29.2 – 33.7 millones]
	Mujeres	15.7 millones [14.2 – 17.2 millones]
	Niños menores 15 años	2.1 millones [1.2 – 2.9 millones]
Personas infectadas por el VIH en 2007	Total	2.7 millones [2.4 – 3.0 millones]
	Adultos	2.3 millones [2.0 – 2.5 millones]
	Niños menores 15 años	430 000 [240 000 – 610 000]
Muertes por SIDA en 2007	Total	2.0 millones [1.7 – 2.4 millones]
	Adultos	1.7 millones [1.4 – 2.1 millones]
	Niños menores 15 años	280 000 [150 000 – 410 000]

Fuente: UNAIDS. AIDS epidemic update 2009. Geneva: UNAIDS, 2009.



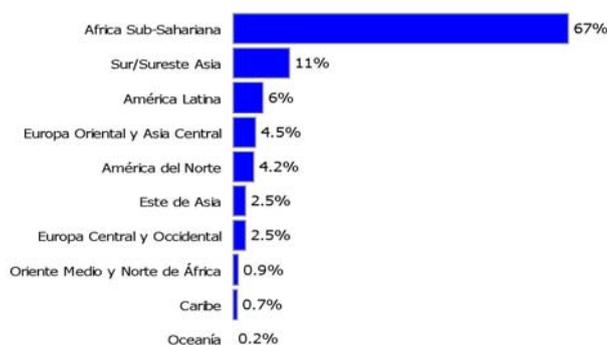
La región más afectada es la África Subsahariana que concentra el 67% de las infecciones de todo el mundo, y en donde el SIDA es responsable de una de cada cinco muertes, constituyendo la principal causa de mortalidad.

La segunda región en importancia es el Sur y Sureste de Asia con el 11% de las personas, mientras que en tercer lugar aparece América Latina con el 6% del total de las personas que viven con VIH en todo el planeta. Numéricamente, el Caribe (0.7%) y Oceanía (0.2%) y aparecen como las regiones con el menor número de personas que viven con el VIH.

Gráfico 2

Personas viviendo con VIH por región, como porcentaje del total mundial, 2009

33.4 millones de personas viviendo con VIH



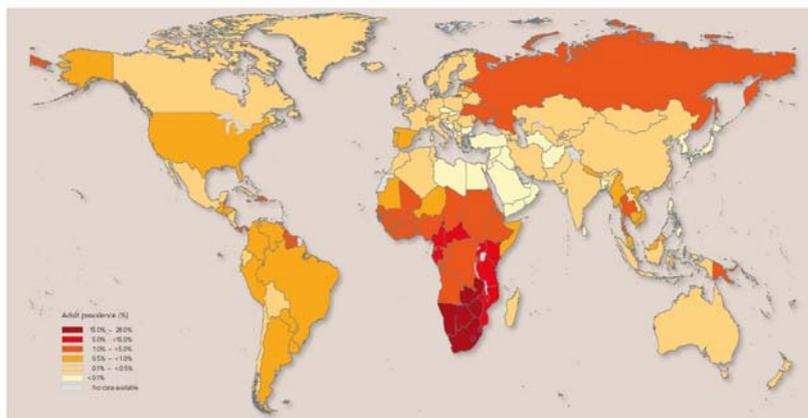
Fuente: UNAIDS. AIDS epidemic update 2009. Ginebra: UNAIDS, 2009.

En términos de prevalencia de VIH, los países más afectados se encuentran en el África Subsahariana que tiene una prevalencia del 5%. Los países con mayores cifras en esa región son Swazilandia (26.1%), Botswana (23.9%), Lesotho (23.2%), Sudáfrica (18.1%), Zimbabwe (15.3%) y Zambia (15.2%).

La región del Caribe, que es una de las regiones menos importantes según el número de personas viviendo con VIH, en términos de prevalencia de VIH ocupa en segundo lugar con el 1.1%, siendo los países más afectados Bahamas (3.0%), Haití (2.2%), Jamaica (1.6%) y Trinidad y Tobago (1.5%)(Gráfico 3).

Gráfico 3

Prevalencia de VIH en los diversos países, 2007*

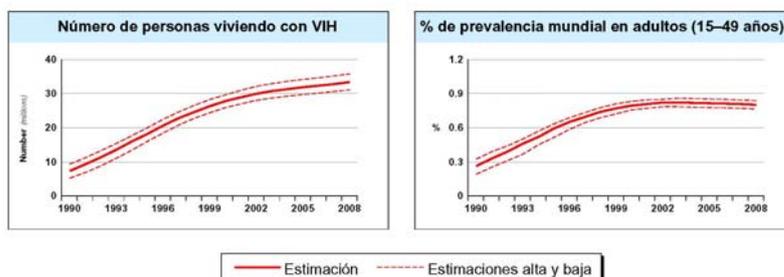


* Última estimación disponible. La próxima estimación a nivel de país (2009) se publicará en el año 2010.
Fuente: UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2008. Geneva: UNAIDS, 2008.

Sin embargo, las buenas noticias son que la epidemia a nivel mundial ha mostrado, en los últimos años, una tendencia a la estabilización. A pesar de que crecimiento en el número de personas que viven con VIH es sostenido en los últimos años, la prevalencia mundial del VIH ha permanecido relativamente estable en los últimos ocho años con una cifra de alrededor del 0.8%. Dicho de otro modo, las estimaciones realizadas por el ONUSIDA indican que, a nivel mundial, aproximadamente una de cada 12 personas adultas de 15 a 49 años de edad se encuentra viviendo con el VIH (Gráfico 4).

Gráfico 4

Estimación de personas viviendo con VIH y prevalencia mundial en adultos, 1990–2008



Fuente: UNAIDS. AIDS epidemic update 2009. Geneva: UNAIDS, 2009.

Figure 1



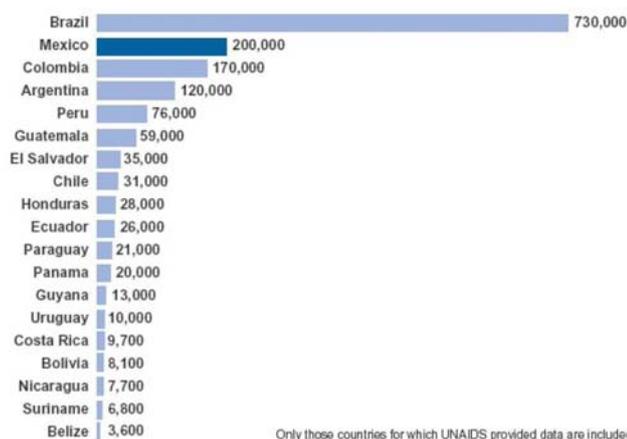
El VIH en América Latina

A pesar de que América Latina tiene una epidemia más reciente, el número de infecciones por VIH alcanzó la cifra de 2 millones.

Considerando el número total de infecciones, México ocupó en el 2007 el segundo con 200,000 personas viviendo con VIH, después de Brasil que, con 730,000 personas viviendo con VIH ocupó el primer sitio entre los países de América Latina. A continuación, se ubicaron Colombia (170,000), Argentina (120,000) y Perú (76,000) como los siguientes países numéricamente más importantes de la región (Gráfico 5).

Gráfico 5

Países de América Latina según el número de personas viviendo con VIH, 2007*



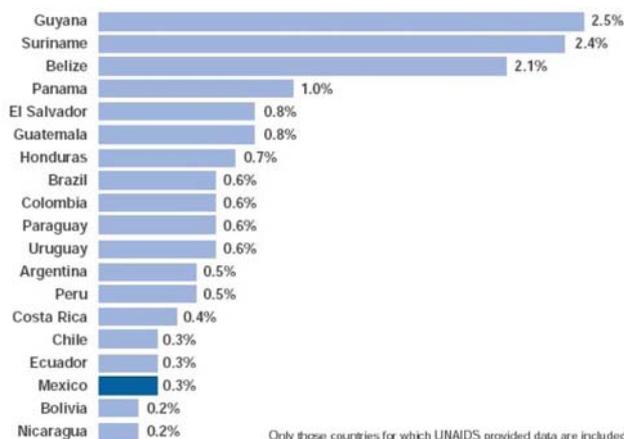
Only those countries for which UNAIDS provided data are included.

* Última estimación disponible. La próxima estimación a nivel de país (2009) se publicará en el año 2010.
Fuente: The Henry J. Kaiser Family Foundation. HIV/AIDS Epidemic in Mexico. (HIV/AIDS Policy Fact Sheet). July 2008.

Sin embargo, de acuerdo con la prevalencia de VIH en población adulta —que es el indicador que utiliza ONUSIDA para comparaciones internacionales—, México se ubica en el décimo séptimo lugar en América Latina. Los países con mayor prevalencia de VIH son Guyana (2.5%), Suriname (2.4%) y Belice (2.1%). Detrás de éstos, en orden de magnitud, aparecen cuatro países de América Central (Panamá, Guatemala, El Salvador y Honduras) con cifras del 0.7% al 1% de prevalencia en adultos. En contraste, México es un país que registra una prevalencia de VIH en población adulta relativamente baja (0.3%), sobre todo si se le compara con los países que tiene frontera, los cuales registran cifras más elevadas, como Belice (2.1%), Guatemala (0.8%) y Estados Unidos (0.6%) (Gráfico 6).

Gráfico 6

Prevalencia de VIH en países de América Latina, 2007*



* Última estimación disponible. La próxima estimación a nivel de país (2009) se publicará en el año 2010.
Fuente: The Henry J. Kaiser Family Foundation, HIV/AIDS Epidemic in Mexico. (HIV/AIDS Policy Fact Sheet). July 2008.

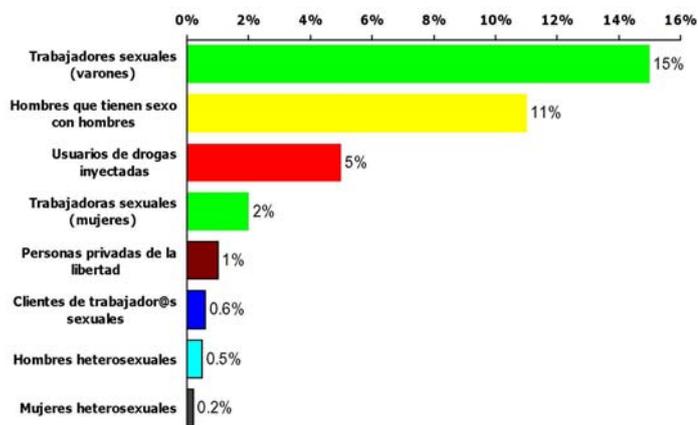
1.2 Personas viviendo con VIH en México

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada, caracterizada por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en uno o más subgrupos de la población, pero que aún no se establece en la población en general. En este tipo de epidemias, la prevalencia de infección por VIH se ha mantenido constante por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de la población, y entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas es inferior al 1%.

La epidemia de SIDA en México se concentra en las poblaciones clave de mayor riesgo, entre las que destacan los trabajadores sexuales (hombres) con una prevalencia media del 15%. A continuación se encuentran hombres que tienen sexo con hombres (11%), los usuarios de drogas inyectadas (5%), las trabajadoras sexuales (2%) y las personas privadas de la libertad (1%). Los clientes de las trabajadoras sexuales, así como los hombres y mujeres heterosexuales registran cifras significativamente más bajas (Gráfico 7).

Gráfico 7

Prevalencia estimada de VIH en los distintos grupos de población de México



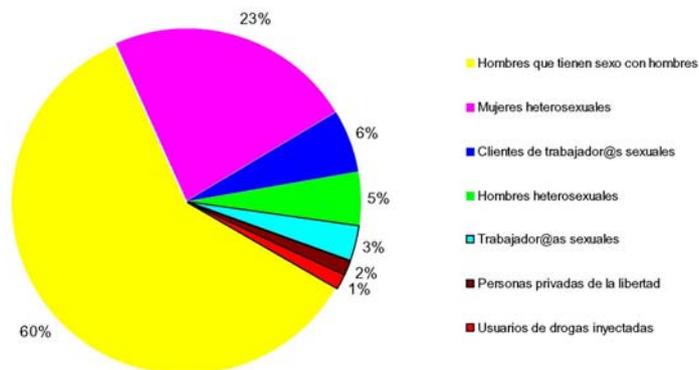
Fuente: Magis, Bravo, Gayot, Rivera y De Luca. *El VIH y sida en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones*. México: CENSIDA, 2008.

De acuerdo a estimaciones realizadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), de manera conjunta con el ONUSIDA, en México existen 220,000 personas adultas infectadas por el VIH (2009), de las cuales el 60% corresponden a hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH), el 23% a mujeres heterosexuales y 6% a clientes de trabajadoras sexuales, principalmente heterosexuales.

El 5% correspondió a hombres heterosexuales y el 3% a trabajadoras y trabajadores sexuales. Finalmente, las personas privadas de su libertad (2%) y los usuarios de drogas inyectadas (1%) aportaron las proporciones restantes del total de personas que viven con VIH en México (Gráfico 8).

Gráfico 8

Distribución de las 220,000 personas que viven con VIH en México, 2009



Fuente: Estimaciones conjuntas ONUSIDA y CENSIDA, 2009

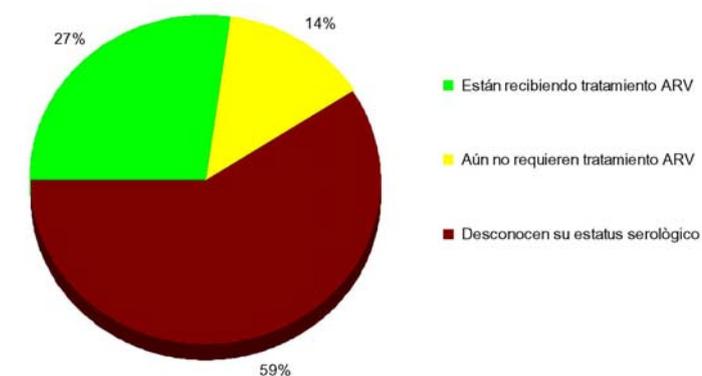


La prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad, para el año 2009, es del 0.37%, lo cual significa que tres o cuatro personas adultas de cada mil podrían ser portadoras del VIH en nuestro país.

Finalmente, ¿cuál es la relación que existe entre las 220 mil personas que viven con VIH en nuestro país y los servicios de salud en materia de VIH/SIDA?

El 27% se encuentra recibiendo terapia ARV, en alguna de las instituciones de salud del país o en la medicina privada; un 14% han sido detectados como portadores del VIH, pero aún no requieren iniciar el tratamiento ARV. Sin embargo, el 59% restante son personas que se encuentran infectadas por el VIH, pero que ellas lo desconocen (Gráfico 9).

Gráfico 9
Estimación de personas que viven con VIH en México, y su relación con los servicios de salud, 2009



Fuente: CENSIDA.

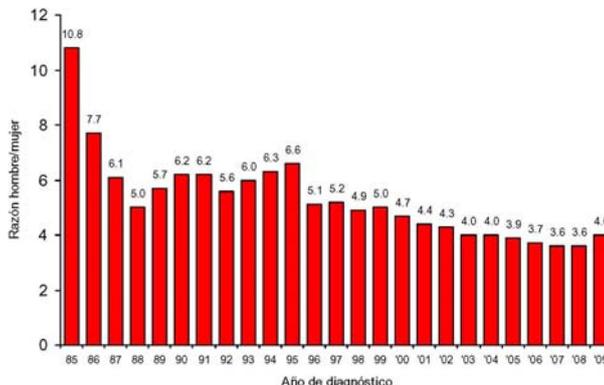
1.3 Casos de SIDA

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983, aunque de acuerdo con análisis retrospectivos y otras técnicas de investigación en salud pública, el inicio de la epidemia del VIH puede ubicarse en 1981.

Desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta el 17 de noviembre del 2009, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 135,003 casos acumulados de SIDA, de las cuales el 82.3% son hombres y el 17.7% son mujeres, es decir, existe una relación hombres/mujeres de 4.6 a 1. La evolución de la razón hombre/mujer se ha reducido a lo largo de la epidemia del SIDA en México. Dicha razón disminuyó de 10.8 en 1985, hasta 3.6 en el 2008 y aumentó a 4.0 para el 2009 (Gráfico 10).

Gráfico 10

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



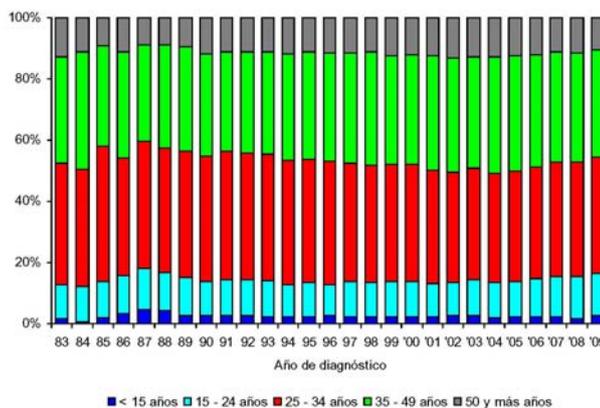
Fuente: CENSIDA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 14 de noviembre de 2009.

El grupo de 25-34 años de edad es el grupo con mayor porcentaje de casos de SIDA, seguido del grupo de 35-49 años de edad. En tercer lugar en importancia aparecen los jóvenes de 15-24 años de edad.

La tendencia histórica de la epidemia muestra una disminución en la proporción de casos de SIDA en los grupos de edad más afectados (25-44 años), y un aumento sostenido del porcentaje de casos de SIDA en jóvenes (Gráfico 11).

Gráfico 11

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



Fuente: CENSIDA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 14 de noviembre de 2009.

La epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de más del 90% de los casos acumulados de SIDA.

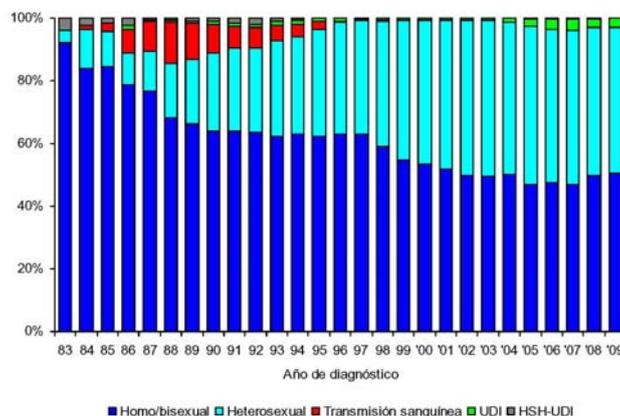


La epidemia del SIDA en hombres adultos (de 15 y más años de edad) está fundamentalmente asociada a la transmisión sexual, ya sea en hombres homosexuales, bisexuales o heterosexuales.

Aunque en los primeros años de la epidemia, los casos en homosexuales y bisexuales llegaron a representar más del 90% del total de casos, a finales de la década actual continúan representando alrededor del 50%. Esto sin considerar que en este análisis se excluyeron los casos de SIDA en donde la categoría de transmisión es desconocida (en uno de cada tres casos no se registró la categoría de transmisión).

Sin embargo, también puede observarse una tendencia ascendente, en los últimos años, en el porcentaje de casos de tipo heterosexual, así como la desaparición de los casos de SIDA asociados a la transfusión sanguínea. Los casos en usuarios de drogas inyectadas (como categoría única o asociada a hombres que tiene sexo con hombres) ocupan porcentajes marginales (Gráfico 12).

Gráfico 12
Porcentaje de casos de SIDA en hombres de 15 y + años por categoría de transmisión, México 1983-2009



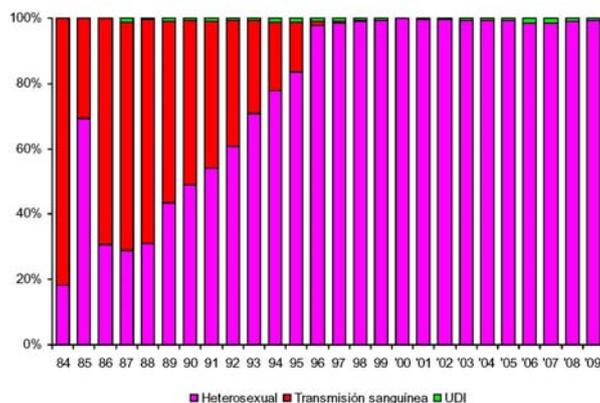
Fuente: CENSIDA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 14 de noviembre de 2009.

La epidemia del SIDA en mujeres adultas (de 15 y más años de edad), también es dominada por la transmisión sexual, en donde la transmisión de tipo heterosexual significa más del 99% del total de casos registrados en el 2009, en tanto que los casos de SIDA en usuarias de drogas inyectadas ocupan menos del 1%.

Al igual que la epidemia en hombres, los casos de SIDA en mujeres asociados a la transfusión sanguínea, que llegaron a representar más del 80% de los casos al inicio de la epidemia, también han desaparecido como resultado del tamizaje obligatorio de la sangre a transfundir, así como por la prohibición de la comercialización de la misma, aplicada en nuestro país exitosamente en los primeros años de la epidemia (Gráfico 13).

Gráfico 13

Porcentaje de casos de SIDA en mujeres de 15 y + años por categoría de transmisión, México 1983-2009



Fuente: CENSA, con datos del Registro Nacional de Casos de SIDA al 14 de septiembre de 2009.

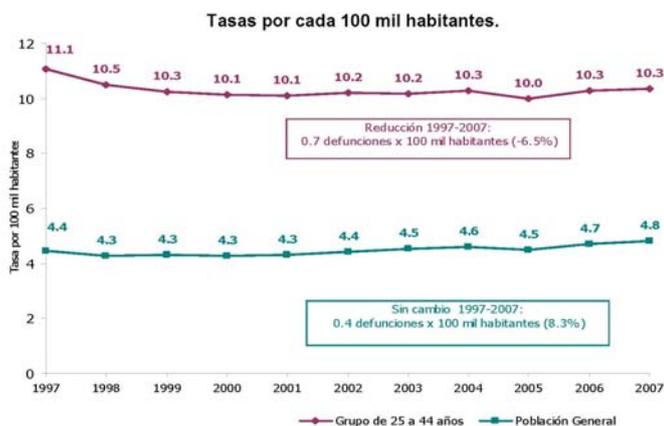
1.4 Evolución de la mortalidad por SIDA

Antes de la llegada a México de los tratamientos antirretrovirales, la tasa de mortalidad general por SIDA era de 1.8 muertes por cada cien mil habitantes en 1990 y en 1996 alcanzó su máximo registro con 4.8 muertes. A partir de ese último año, el progresivo acceso a un nuevo grupo de antirretrovirales conocidos como inhibidores de proteasa (IP) cambió radicalmente el pronóstico de los pacientes con VIH/SIDA; se demostró que la combinación de los medicamentos ya existentes, en lo que se denominó Tratamiento Antirretroviral Altamente Supresivo (TAR), lograba retrasar el daño del sistema inmunológico y mejorar substancialmente la calidad de vida.

Lamentablemente, han ocurrido alrededor de 72 mil defunciones asociadas al VIH/SIDA en población general en México durante el período de 1988-2007 y casi 49 mil en el grupo de 25 a 44 años de edad, precisamente el núcleo central de la población económicamente activa. Sin duda el principal logro del periodo 2001-2006 lo constituye el “acceso universal al TAR en el país”, cuya meta se cumplió a finales del año 2003 antes de lo programado (2006). Sin embargo, aún no se percibe del todo el impacto que ha tenido en la mortalidad la instrumentación de esta enorme medida de salud pública, ya que en el año 2000 la tasa de mortalidad por SIDA en la población general fue de 4.3 por cada 100,000 habitantes, en tanto que en el 2007 fue de 4.8; ocupando el lugar 17 como causa de muerte a nivel nacional. No obstante, las tasas de mortalidad del grupo de 25-44 años de edad sí muestran una leve tendencia descendente, lo cual indica que el periodo de sobrevida de las personas infectadas se ha dilatado. (Gráfico 14).

Gráfico 14

Mortalidad por SIDA, general y en el grupo de edad de 25 a 44 años, México 1997-2005

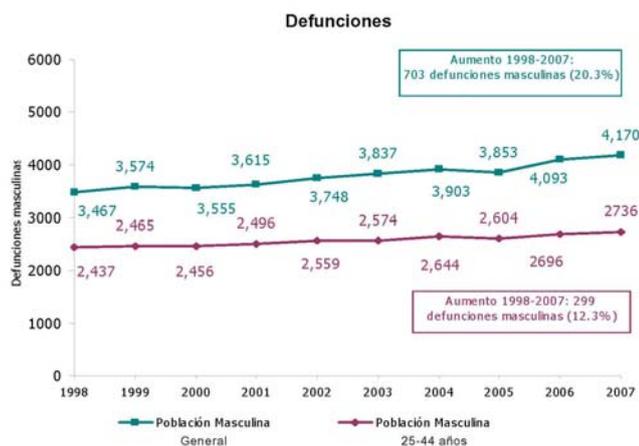


Tasas por cada 100 mil habitantes. Defunciones no incluye extranjeros ni fallecidos no especificados.
Fuente: Actualización del documento: Rivera P, Sánchez K. Mortalidad por SIDA en México. Informe técnico. México: CENSA, 2008.

Al analizar la mortalidad por SIDA por sexo, tanto en la población general y como en el grupo de edad más afectado (25–44 años) a partir del año 1998, en el caso de los hombres la pendiente que configuran las tasas de mortalidad entre 1998 y 2007 es irregularmente descendente. Partiendo de una tasa de mortalidad de 18.4 en 1998 se alcanza una de 17.7 en 2007, es decir que en entre ambos puntos en el tiempo se logró un modesto descenso del -3.9% ó 0.7 menos defunciones cada 100 mil hombres. (Gráfico 15).

Gráfico 15

Mortalidad por SIDA en hombres, todas las edades y de 25-44 años, México 1998-2005

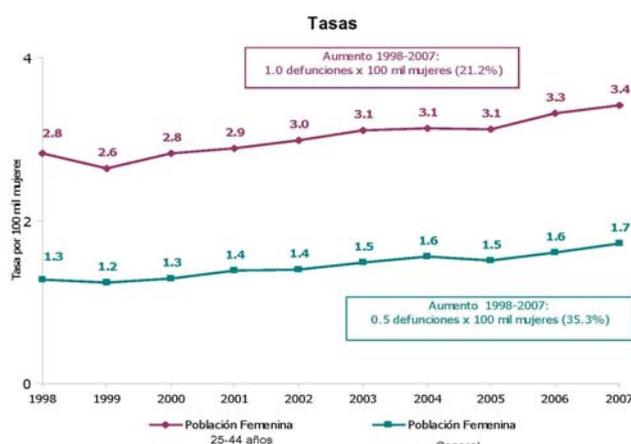


Tasas por cada 100 mil habitantes. Defunciones no incluye extranjeros ni fallecidos no especificados.
Fuente: Actualización del documento: Rivera P, Sánchez K. Mortalidad por SIDA en México. Informe técnico. México: CENSA, 2008.

Las tasas de mortalidad de la población de mujeres entre 25 y 44 años de edad crecen de modo lento pero marcado (21.2%). En números absolutos las defunciones de mujeres a causa del SIDA han crecido un 44.8% en este intervalo de edades, es decir 174 defunciones más en el periodo (pasando de 388 a 562), lo que parece estar asociado con el progresivo incremento observando en la cantidad de casos de SIDA en mujeres y, posiblemente, a una menor efectividad del TAR en razón de un inicio tardío del tratamiento, menor adherencia y/o debido a la presencia de reinfecciones (Gráfico 16).

Gráfico 16

Mortalidad por SIDA en mujeres, todas las edades y de 25-44 años, México 1998-2005



Tasas por cada 100 mil habitantes. Defunciones no incluye extranjeros ni fallecidos no especificados. Fuente: Actualización del documento: Rivera P, Sánchez K. Mortalidad por SIDA en México. Informe técnico. México: CENSA, 2008.



2. Prevención

Para el Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA, fortalecer la estrategia de prevención es indispensable para dar cumplimiento a su mandato y robustecer la respuesta ante la epidemia; hoy, con acceso universal en tratamientos antiretrovirales, México tiene que priorizar y eficientar su estrategia preventiva, reducir la incidencia en el epicentro de su epidemia y promover cambios de comportamiento en las poblaciones en mayor riesgo.

Lo anterior de acuerdo a la Estrategia 2, del Programa Nacional de Salud 2007-2012, “Fortalecer e Integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades, que en la línea de acción 2.8 menciona: Impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras ITS, donde se establece: Incrementar la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil y las personas que viven con el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida en los programas dirigidos a la prevención de esta infección en las poblaciones clave de mayor riesgo, así como en las campañas dirigidas a disminuir el estigma, la discriminación y la homofobia asociada al VIH/SIDA, bajo este contexto se pretende mantener la prevalencia del VIH por debajo al 0.6% en personas de 15 a 49 años de edad. Para lograrlo la actual administración del Centro, en su primer año ha preparado el relanzamiento de la Estrategia Nacional de Prevención y un conjunto de actividades, ajustes y acciones que promoverán el fortalecimiento del programa en la materia.

Para lograrlo se elaboró un documento denominado Estrategia Nacional de Prevención, que pretende definir las acciones y los roles de cada uno de los actores públicos y privados en dicha estrategia. El documento ha sido consultado con diversos sectores y se encuentra en fase de ajuste para su divulgación.

En tal sentido se presentan algunas de dichas actividades que dan cuenta de la situación del seguimiento de las actividades de la Dirección de Prevención y Participación Social del CENSIDA.

2.1 Proyectos focalizados de prevención en transmisión sexual

Se publicó la Convocatoria Pública Número 4 CENSIDA 2009, para la prevención focalizada de la transmisión del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS); se recibieron 332 proyectos de distintas organizaciones de toda la república; se conformó al Grupo de evaluación y selección de proyectos (GESEP) y se financiaron un total de 70 proyectos que están ubicados en distintos estados de la república, el siguiente listado muestra los proyectos por número.



Aguascalientes	Proyecto 110	Guerrero	Proyecto 272	
Baja California	Proyecto 123	Hidalgo	Proyecto 50	
	Proyecto 288	Jalisco	Proyecto 61	
	Proyecto 122		Proyecto 291	
Chiapas	Proyecto 280		Proyecto 297	
	Proyecto 274		Proyecto 292	
	Proyecto 283		Proyecto 83	
	Proyecto 284		Proyecto 294	
	Proyecto 24		Proyecto 296	
	Proyecto 26	Proyecto 122		
Chihuahua	Proyecto 253	Michoacán	Proyecto 17	
	Proyecto 85	Michoacán	Proyecto 134	
	Proyecto 84		Proyecto 122	
Proyecto 71	Nuevo León		Proyecto 290	
Distrito Federal	Proyecto 139	Nuevo León	Proyecto 131	
	Proyecto 217		Morelos	Proyecto 171
	Proyecto 150			Proyecto 220
	Proyecto 114	Proyecto 170		
	Proyecto 111	Proyecto 222		
	Proyecto 50	Oaxaca	Proyecto 43	
	Proyecto 234	Oaxaca	Proyecto 114	
	Proyecto 51		Puebla	Proyecto 190
	Proyecto 162			Proyecto 166
	Proyecto 142	Proyecto 209		
	Proyecto 109	Querétaro	Proyecto 268	
	Proyecto 210		Proyecto 260	
	Proyecto 135		Proyecto 281	
	Proyecto 174		Proyecto 134	
	Proyecto 137	Sonora	Proyecto 134	
Proyecto 122	Proyecto 122			
Proyecto 38	San Luis Potosí	Proyecto 324		
Proyecto 185		Proyecto 326		
Estado de México	Proyecto 114	Tamaulipas	Proyecto 65	
	Proyecto 20		Proyecto 64	
	Proyecto 164	Tlaxcala	Proyecto 228	
	Proyecto 63	Veracruz	Proyecto 130	
	Proyecto 185		Proyecto 165	
	Proyecto 70		Proyecto 50	
Proyecto 122	Yucatán	Proyecto 04		
Proyecto 105		Proyecto 75		
Guanajuato	Proyecto 137			

Nota: los estados cuyas letras están en diferentes colores se ejecutan adicionalmente en otra entidad federativa por la misma organización.



2.2 Censo Nacional de Organizaciones de la Sociedad Civil con trabajo en VIH/SIDA

Para actualizar y conocer el trabajo e identificar necesidades de las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en el tema, socios relevantes en la respuesta, y dentro de la Estrategia Nacional de Prevención, se realizó el Censo Nacional de Organizaciones de la Sociedad Civil para contar con información fidedigna, sobre el trabajo, región, población, acta constitutiva, domicilio, entre otros, con la finalidad de que el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA cuente con un registro nacional y las OSC con un número único para su identificación y cualquier trámite ante las autoridades del CENSIDA. Se tiene un registro de 211 Organizaciones de la Sociedad Civil que cumplen con la normatividad y legalidad vigente. (Cuadro 1)

Cuadro 1

Aguascalientes	4
Baja California	6
Campeche	3
Chiapas	12
Chihuahua	6
Coahuila	2
Colima	1
Distrito Federal	69
Durango	2
Guanajuato	3
Guerrero	4
Hidalgo	3
Jalisco	11
México	6
Michoacán	3
Morelos	9
Navarro	4
Nuevo León	8
Oaxaca	7
Puebla	10
Querétaro	3
Quintana Roo	3
San Luis Potosí	2
Sinaloa	3
Sonora	3
Tabasco	2
Tamaulipas	5
Tlaxcala	2
Veracruz	7
Yucatán	8
TOTAL GENERAL	211



2.3 Fortalecimiento de la respuesta de la sociedad civil organizada

Para asegurar el fortalecimiento de la sociedad civil se inició un proceso de nominación de candidatos a representantes de la sociedad civil para tres órganos de toma de decisiones, mediante un proceso transparente, legítimo y ampliamente participativo.

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del Sida (CENSIDA) convocó del 17 al 20 de julio de 2009, a la consulta y representación de las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH en la estrategia nacional de prevención en la ciudad de México, proceso que jamás había tenido lugar en nuestro país. Cinco organizaciones ajenas al CENSIDA conformaron un comité de acreditación que revisó los requerimientos de inclusión, por ejemplo, aquellas que están legalmente constituidas y que por ejemplo cuentan con la clave única de identificación (CLUNI) otorgada por la Secretaría de Desarrollo Social. El comité de acreditación estuvo conformado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CNDH, Transparencia Mexicana, capítulo México de Transparencia Internacional, Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación,

CONAPRED, Consejo Nacional Empresarial sobre SIDA, CONAES y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, ONUSIDA.

Las organizaciones de la sociedad civil eligieron de manera voluntaria a sus representantes ante los diversos órganos colegiados, nacionales e internacionales con un proceso claro, democrático, transparente, y por votación directa dando por resultado la elección de candidatos a representantes; se eligieron 8 titulares y 8 suplentes para el CONASIDA, 4 titulares y 4 suplentes para el Grupo Temático DE ONUSIDA y 5 titulares y 6 suplentes para el MCP y el refrendo de dos representantes de poblaciones clave para este mecanismo

Capacitación a los Miembros elegidos como representantes ante Órganos Colegiados:

En seguimiento al proceso anterior se comprometió el facilitar un proceso de inducción para los candidatos a representantes seleccionados través de un curso-taller.

El taller se llevó a cabo en la Ciudad de México, del 28 de septiembre al 2 de octubre, con el objetivo de: Fortalecer a las y los representantes de la sociedad civil para su participación significativa en espacios de coparticipación multisectorial, social y ciudadana e incrementar sus habilidades para la incidencia política en VIH y SIDA.

Como objetivos específicos se definieron los siguientes: 1) Que las y los participantes fortalezcan su comprensión sobre los objetivos, reglamentos y procedimientos del CONASIDA, el Mecanismo Coordinador de País y Grupo temático de ONUSIDA, así como de sus roles y responsabilidades en estos comités. 2) Que las y los participantes discutan y acuerden mecanismos de trabajo para ejecutar su rol de representantes de la sociedad civil y 3) Que las y los participantes incrementen habilidades para la incidencia política en el marco de la respuesta nacional al VIH y al SIDA



En la capacitación participaron 16 representantes seleccionados para el CONASIDA, 8 representantes seleccionados para el Grupo Temático de ONUSIDA y 11 representantes seleccionados para el Mecanismo Coordinador de País.

Además de profundizar en el conocimiento de los objetivos, reglamentos y acciones de las instancias en las que ejercerán su representación, las y los participantes iniciaron discusiones a cerca de sus mecanismos internos de trabajo, de comunicación interna y externa y de prioridades de acción, lo que constituye elementos para perfilar planes de trabajo durante su gestión como representantes.

El INMUJERES convocó a CENSIDA y otras instancias (UNFPA; ONUSIDA; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, entre otros) para formar un grupo de trabajo en mujeres y SIDA. El CENSIDA respondió positivamente a esta invitación y se han desarrollado reuniones con el objetivo de construir una estrategia de prevención y atención integral en mujeres y VIH/SIDA con perspectiva de género. CENSIDA incidió en que se trabajara bajo el principio (Mayor Involucramiento de Personas Afectadas), MIPA por lo que se incluyó a la organización de mujeres con VIH Mexicanas en Acción Positiva. La intención del INMUJERES es contar con una propuesta inicial para ser entregada a Margarita Zavala el 1º de Diciembre “con el fin de tener una política que responda a las necesidades de las mujeres con VIH/SIDA”. Así como la voluntad de firmar un convenio de colaboración con CENSIDA para operar conjuntamente la estrategia que se diseñe.

2.4 Educación en la sexualidad

En el marco de la XVII Conferencia Internacional sobre Sida, celebrada en nuestro país en agosto de 2008, se llevó a cabo, bajo el liderazgo de México la reunión ministerial “Prevenir con Educación”, cuya declaración fue firmada por todas las naciones participantes. Este compromiso se ha traducido en acciones nacionales y regionales, cuyos avances permitirán el ir cumpliendo con la mencionada declaración.

En tal sentido el siguiente esquema da cuenta de las acciones que muestran el avance en el tema desde la Secretaría de Salud Federal:



Estructuras de colaboración para dar seguimiento a la Declaración Ministerial	Reuniones y foros Internacionales donde se discutieron y difundieron los contenidos de la Declaración Ministerial y con representación del Gobierno de México (Ssa, SEP, SRE)	Reuniones técnicas regionales de trabajo para el seguimiento a la Declaración Ministerial organizadas en conjunto entre CENSIDA/Ssa, SEP y ONU	Productos técnicos coordinados por CENSIDA/Ssa
Equipo Interno Secretaría de Salud: CENSIDA (coordina), CNEGSR, CENSIA y DGPS	V Cumbre de las Américas, Puerto España, Trinidad y Tobago, 19 de abril de 2009.	Consulta Técnica Regional sobre las Directrices Internacionales para Educación en Sexualidad (UNESCO) y otra documentación relacionada", México D.F., 1 y 2 de septiembre de 2009.	Glosario Regional de términos sobre educación integral de la sexualidad, VIH y SIDA; para personal de servicios de salud y educación, en apoyo a su trabajo cotidiano con adolescentes y jóvenes. Colaboración de la Mesa de Educación Sexual. (En revisión técnica para impresión).
Mesa de Educación Sexual: Comité de Prevención del CONASIDA	Reunión Ministerial de América Latina y el Caribe sobre VIH y Desarrollo en soporte y preparación para la Revisión Ministerial Anual 2009 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC), Montego Bay, Jamaica, 5 y 6 de junio de 2009.	Reunión "Ambientes Escolares Seguros e Inclusivos para la Prevención de VIH/ITS, violencia y problemas de salud mental", México D.F. México D.F., 3 y 4 de septiembre de 2009.	Catálogo de materiales sobre salud y educación sexual: compilación de materiales sobre salud y educación sexual de utilidades a personal de salud y de educación en su labor con adolescentes y jóvenes. a personal de salud y de educación. (En revisión técnica final para impresión). En proceso de revisión técnica para difusión.
AVANCES AGOSTO, 2008 A OCTUBRE, 2009 EN EL SEGUIMIENTO DE LA DECLARACIÓN MINISTERIAL	Asamblea General de las Naciones Unidas, Nueva York, 16 de junio de 2009.	Reunión Técnica de Directores de Programas Nacionales de VIH y SIDA del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal, sobre lineamientos para el trabajo regional de seguimiento a la Declaración Ministerial, Lima, Perú, 20 de noviembre de 2009	REPORTE REGIONAL DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
"PREVENIR CON EDUCACIÓN": En etapa de recolección de información. En colaboración con SEP, UNFPA, UNESCO y CARICOM.	Reunión General Anual 2009 de la Coalición Caribeña de Programas Nacionales de SIDA (CONAPC), Grenada, 27 y 28 de octubre.		
	9ª Reunión General Anual de PANCAP CARICOM. "En vías del acceso universal: Fortaleciendo la respuesta multisectorial al VIH y al SIDA en el Caribe", Grenada, 29 y 30 de Octubre"		
	V Foro Latinoamericano y el Caribe en VIH/SIDA e ITS, Lima, Perú, 21 a 23 de noviembre de 2008.		

2.5 Campañas en medios masivos de comunicación

Las campañas en medios masivos de comunicación son un elemento importante para mantener la sensibilización y la alerta al respecto de la epidemia. Durante 2009 se llevó a cabo la Campaña Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2009, con dos versiones, la primera dirigida a mujeres y una segunda sobre homofobia que se describen brevemente a continuación.

Campaña Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2009

Versión: "La Vulnerabilidad de las Mujeres Frente al VIH/SIDA"

Una de las dos versiones de la Campaña Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2009, fue "La Vulnerabilidad de las Mujeres Frente al VIH/SIDA", la cual estuvo dirigida a las mujeres, con el objetivo de concientizarlas en su particular vulnerabilidad para la infección del VIH/SIDA, que tiene que ver con su falta de argumentos para negociar el uso del condón con su pareja para la prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

La difusión de la campaña se realizó a nivel nacional a través de tiempos comerciales contratados en diferentes medios masivos y complementarios del país, teniendo como medio principal la radio, y apoyado con espacios en televisión por

cable, Canal 11 del IPN, pantallas y dovelas en el metrobús capitalino, anuncios en laterales de microbuses del DF, así como en paraderos de autobús, en cuadernos universitarios, páginas de Internet, pantallas en tiendas Elektra, y en garitas aduanales, así como inserciones en periódicos y revistas.



Esta versión de la campaña fue difundida del 16 de marzo al 18 de abril del 2009, cuyo período fue determinado en base a una fecha específica, el “Día Internacional de la Mujer”, que se conmemora el 8 de marzo de cada año, con el fin de dar mayor relevancia e impacto a esta versión, con la idea de sumarla a otros esfuerzos institucionales, gubernamentales o de otras instancias, como organizaciones de la sociedad civil y académicas.

Versión: “La Vulnerabilidad de las Mujeres Frente al VIH/SIDA/Tú Decides”.

Población Objetivo: Mujeres jóvenes y en edad reproductiva.

Objetivo: Reconocer la vulnerabilidad de la mujer con respecto a la infección por VIH/SIDA y empoderarla en el cuidado de las relaciones sexuales.

Versión: “El Estigma, la Discriminación y la Homofobia Asociados al VIH/SIDA obstaculizan su Prevención y Atención”

La segunda de las dos versiones de la Campaña Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2009, fue “El Estigma, la Discriminación y la Homofobia Asociados al VIH/SIDA Obstaculizan su Prevención y Atención”, que tuvo como objetivo disminuir el estigma y la discriminación por homofobia asociados al VIH/SIDA, ya que obstaculizan la atención y prevención del VIH/SIDA de manera eficaz, creando entornos de tolerancia y respeto hacia las personas con orientación sexual diferente a la heterosexual, que contribuyan a evitar nuevas infecciones por el VIH y detener la epidemia del SIDA.

Está dirigida a madres y padres de familia, personal médico, docentes, empleadores y dueños de empresas, cuerpos de seguridad pública, líderes de opinión, periodistas, representantes de medios de difusión, y servidores públicos que brindan atención y servicios a la población, como población primaria, y como población secundaria tuvo como público objetivo a personas que viven con el VIH o el SIDA, con el fin de informarles que cuentan con una respuesta gubernamental en donde los tratarán con calidad y respeto, los CAPASITS.

La difusión esta versión de la campaña se realiza a nivel nacional a través de tiempos fiscales de televisión y radio del 1 al 31 de diciembre del 2009, en el marco del arranque de la campaña mundial anual denominada “Día Mundial de la Lucha contra el SIDA”, que se conmemora cada 1 de diciembre, y cuyos temas coinciden, enfocados al combate de la discriminación por homofobia asociados al VIH/SIDA, con fin de fortalecerlo y potenciar su impacto en la población.

En paralelo se implementaron algunas acciones, campañas y boletines para fortalecer la respuesta dirigida a poblaciones clave, cooperar con las estrategias de los programas estatales y de las organizaciones con trabajo en el tema y para probar algunas estrategias y sus vehículos.

Ejemplo de ello, para conmemorar el día internacional contra la homofobia, el CENSIDA participó en una iniciativa ciudadana en la elaboración de un video que se distribuyó por vía electrónica, denominado “Hagámonos uno contra la homofobia”, que contó con la



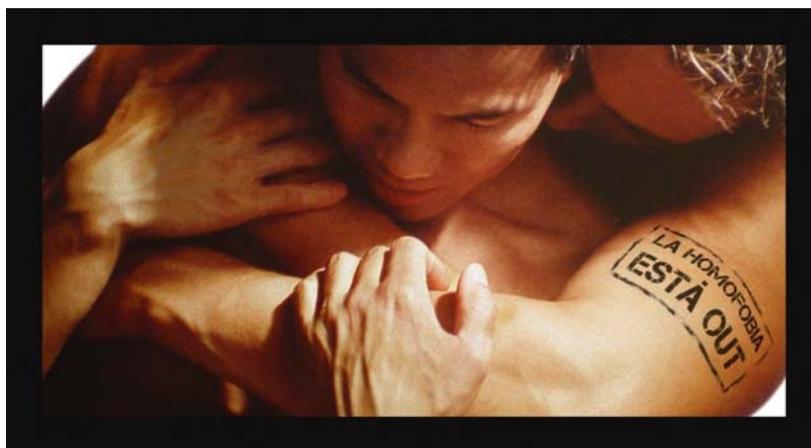
participación de representantes de organizaciones, población clave, líderes de opinión y personal del Centro.

Día Internacional de lucha contra la Homofobia

En nuestro país con el fin de fomentar el respeto a la diversidad en todos sus ámbitos y, para garantizar los derechos humanos de todos los habitantes del país se conmemora anualmente, desde 2007, el Día Mundial de Lucha Contra la Homofobia, el cual corre a cargo de las organizaciones de la sociedad civil, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.



El lema utilizado por el Gobierno Federal para el 2009 fue “HACERNOS UNO CONTRA LA HOMOFOBIA” y así evitar la discriminación de las personas en todos los ámbitos, en el seno familiar, en el lugar de trabajo, en los servicios de salud, en los servicios públicos, la impartición de la justicia, la educación, actividades sociales y deportivas e incluso en el sistema jurídico-legal, como en aquellos países que aún penalizan la homosexualidad. Con tal razón de emitió un boletín de prensa conjunto de la CNDH, el CONAPRED y el



CENSIDA y que se distribuyó ampliamente. Así mismo se realizó una conferencia de prensa con la participación del Director Regional de ONUSIDA, el Dr. César Núñez, el Subsecretario de



Prevención y Promoción de la Salud, Dr. Mauricio Hernández, Arnaul Peral de ONUSIDA México y el Director del centro, el Dr. José Antonio Izazola.

Se diseñó una campaña contra la Homofobia, denominada “La Homofobia está Out”, para ser implementada en algunas marchas por la diversidad (Distrito Federal, Cuernavaca y Cautla, Morelos), que empleó vehículos novedosos que al haber sido probadas y resultar exitosas serán implementadas en otras marchas en 2010. La Dirección de Investigación Operativa levantó encuestas en población gay y por vez primera en población trans.





3. La atención a los pacientes con VIH/SIDA

La atención de los pacientes con SIDA, en el mundo ha pasado por diferentes etapas, de acuerdo a la evolución de la epidemia, el avance científico y tecnológico y las alternativas terapéuticas disponibles.

No obstante, en México al igual que en otros países los factores que han sido determinantes en la organización y calidad de la atención a las personas con VIH/SIDA son: el acceso a tratamiento antirretroviral y el estigma simbólico e instrumental que prevalece entre los proveedores de salud a pesar de los avances científicos.

De 1983 a 1996, la atención a enfermos de SIDA se concentró en hospitales de especialidades; sin embargo hasta 1992, el tratamiento de los pacientes se limitaba a brindar apoyo psicológico y el tratamiento de las infecciones oportunistas y neoplasias. En 1991 comenzó en tratamiento con antirretrovirales inhibidores de la transcriptasa reversa y no fue sino hasta 1995 que con el uso de los nuevos inhibidores de proteasa, en una triple combinación de antirretrovirales conocida como TARA (Tratamiento Antirretroviral Altamente Supresito) o HAART por sus siglas en inglés (Highly Active Antiretroviral Treatment), el pronóstico de la enfermedad cambió radicalmente, para convertirse en un padecimiento crónico.

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

En el periodo 2001-2006, México adopta la política de acceso universal a la atención médica integral en VIH, que incluye el tratamiento antirretroviral (ARV) para todas las personas con VIH sin seguridad social. Esto ha permitido que miles de mexicanos y mexicanas tengan oportunidad de recuperar una vida social productiva, similar a la que tenían antes de la infección.

3.1 El sistema de atención a pacientes con VIH/SIDA

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

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



En congruencia con el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el programa de acción en Respuesta al VIH/SIDA e ITS 2007-2012, que tiene como uno de sus objetivos: mejorar el acceso y la calidad de la atención integral, a todas las personas con VIH y otras ITS. El Gobierno Federal, definió el acceso universal a medicamentos antirretrovirales, como uno de los ejes prioritarios para abatir los estragos que causa el VIH. A través del Fideicomiso de Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud garantiza la compra de estos medicamentos para su distribución gratuita a todas las personas con VIH que no cuenten con seguridad social, tanto para quienes ya reciben tratamiento como para los nuevos casos que se incorporen.

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

Los CAPASITS se constituyen como la unidad operativa de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA e ITS en el país.

Desde que se inició el acceso a los antirretrovirales, CENSIDA ha dispuesto de sistemas de información para su control; no obstante el incremento de la base de datos por el volumen creciente de pacientes que ingresan, hizo necesario que se estableciera un sistema integrado que diera cobertura a todos los procesos relacionados con la gestión del programa de antirretrovirales: el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Medicamentos Antirretrovirales (SALVAR), el cual inició su desarrollo en el año 2006, en coordinación con la Dirección General de Tecnologías de la Información (DGTI) y fue puesto en marcha en enero del 2007.

El SALVAR tiene como principal objetivo agilizar los procesos de solicitud, administración y control de medicamentos antirretrovirales en los SAIS y en los CAPASITS, a través de un sistema informático orientado a Internet.

3.2 Costo del tratamiento antirretroviral

En 1996, la disponibilidad de un nuevo grupo de antirretrovirales (ARV) conocidos por su mecanismos de acción como Inhibidores de Proteasa (IP) cambió drásticamente la evolución y pronóstico de la enfermedad de ser una enfermedad mortal a un padecimiento crónico. Sin embargo, este cambio no se presenta en los países de bajos recursos debido a múltiples factores entre los destacan los costos de los medicamentos, la disponibilidad de los mismos y la falta de trabajadores calificados para prescribirlos.



Los resultados del empleo de estas combinaciones, se dieron a conocer mundialmente, lo que generó una gran movilización de las comunidades afectadas y organismos no gubernamentales para exigir a los gobiernos la disponibilidad de estos medicamentos, cuyo principal problema lo constituía su elevado costo.

Es por ello que en el 2005 la Organización Mundial de la Salud lanzó la Iniciativa 3x5 con el objetivo de lograr tratar a 3 millones de personas antes del final del 2005, a través de una acción concertada, sostenida por muchos asociados en un marco estratégico de 5 categorías: 1) Dirección mundial, alianzas estratégicas. 2) Apoyo sostenido del país. 3) Instrumentos simplificados y normalizados para la prescripción. 4) Suministro efectivo y fiable de medicamentos y métodos diagnósticos. 5) Identificar y aplicar los nuevos conocimientos

No obstante, el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y el UNICEF, titulado “Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud” difundido en junio de 2009 mostró que, pese a algunos avances, la meta de acceso universal al tratamiento contra el VIH para todas las personas que lo necesitan aún está lejos de cumplirse. Ejemplo de ello es América latina, donde el porcentaje de mujeres embarazadas portadoras de VIH que recibió tratamiento para prevenir la transmisión a los hijos aumentó del 47 al 54 por ciento entre 2007 y 2008. En la región del Caribe, el incremento fue del 29 al 52 por ciento en el mismo período para este mismo grupo.

3.3 Acceso al tratamiento Antirretroviral en México

El tratamiento idóneo para un paciente con SIDA, tomando en cuenta única y exclusivamente el costo de los antirretrovirales, varía entre los seis a siete mil pesos mensuales y debe administrarse por tiempo indefinido hasta presentarse datos de falla. Habitualmente esto sucede en un promedio de tres años y es una indicación para cambio de tratamiento. El costo de los tratamientos subsecuentes, en la mayor parte de los casos, irá incrementando debido a que se requieren combinaciones más potentes, generalmente con más de tres antirretrovirales.

Para finales de 1997 la disponibilidad de la mayor parte de estos medicamentos únicamente en las instituciones de seguridad social marcó una profunda desigualdad en las opciones de atención brindada a las personas con VIH/SIDA que no tienen acceso a estas instituciones.

El programa de acceso universal a la terapia antirretroviral para las personas con VIH sin seguridad social se inició a partir del año 2001, alcanzando la cobertura a todas las personas sin seguridad social, en el año 2004.

Para mantener la sustentabilidad del acceso gratuito al tratamiento, el costo de los medicamentos antirretrovirales se incorporó en el 2005 al Fondo de Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud. En congruencia con la estrategia 3X5, se desarrollaron las siguientes acciones para hacer más eficientes los recursos destinados a la adquisición de



medicamentos, las cuales fueron: 1) Se elaboró una guía de manejo de las personas con VIH para unificar la prescripción de los medicamentos antirretrovirales. 2) Se estableció por decreto la obligatoriedad del uso de la Guía de tratamiento. 3) Se desarrolló el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR) para consolidar los requerimientos de antirretrovirales y mejorar el proceso de adquisición y distribución. 4) Se estableció un Comité Nacional de Resistencia para la evaluación de pacientes con falla múltiple a tratamiento

A estos esfuerzos se han sumado otros de igual importancia considerando que el número de personas que requieren tratamiento continúa en aumento, como resultado de la promoción del diagnóstico oportuno y la ampliación del acceso a los servicios de atención. En junio del 2008 se estableció la Comisión Coordinadora para la negociación de precios de medicamentos y otros insumos para la salud, la cual inició un proceso de negociación de precios con los laboratorios dueños de las patentes de 23 fármacos antirretrovirales, obteniéndose reducciones entre el 7 y el 41% para 19 medicamentos, los mismos que se aplicaron para la adquisición de los medicamentos antirretrovirales en el 2009 en todas las instituciones que dan atención a las personas con VIH (Cuadros 2 y 3).

Cuadro 2
Costos de tratamiento inicial 2007-2009

2007			2008			2009		
Medicamento	Costo unitario	Costo mensual	Medicamento	Costo mensual	Costo anual	Medicamento	Costo mensual	Costo anual
Lamivudina/ Zidovudina	2,568.89	30,826.68	Lamivudina/ Zidovudina	2568.89	30,826.68	Lamivudina/ Zidovudina	2055.00	24,660.00
Efavirenz	468.00	5,616.00	Efavirenz	458.85	6,826.20	Efavirenz	458.85	6,826.20
Costo total		36,472.68	Costo total		37,652.88	Costo total		31,486.20
Emtricitabina/ Tenofovir	3,000.00	36,000.00	Emtricitabina/ Tenofovir	3,000.00	36,000.00	Emtricitabina/ Tenofovir	2310.00	27,720.00
Efavirenz	468.00	5,616.00	Efavirenz	458.85	55,062.00	Efavirenz	458.85	55,062.00
Costo total		41,616.00	Costo total		58,662.00	Costo total		82,782.00
Lamivudina/ Zidovudina	2,568.89	30,826.68	Lamivudina/ Zidovudina	2568.89	30,826.68	Lamivudina/ Zidovudina	2055.00	24,660.00
Lopinavir/ ritonavir	4,688.00	56,256.00	Lopinavir/ ritonavir	4,688.00	56,256.00	Lopinavir/ ritonavir	3750.00	45,000.00
Costo total		87,082.68	Costo total		87,112.68	Costo total		69,660.00



Cuadro 3
Costos de tratamiento de rescate 2007-2009

2007			2008			2009		
Medicamento	Costo mensual	Costo anual	Medicamento	Costo mensual	Costo anual	Medicamento	Costo mensual	Costo anual
Tenofovir	2,000.00	24,000.00	Tenofovir	2,000.00	24,000.00	Tenofovir	2000.00	24,000.00
Abacavir	2,364.66	28,375.92	Abacavir	2364.66	28,375.92	Abacavir	1,418.80	17,025.60
Enfuvirtida	23,887.61	286,651.32	Enfuvirtida	23,892.30	286,707.6	Enfuvirtida	20,306	243,672.00
Costo total		339,027.24	Costo total		339,083.52	Costo total		284,697.60
Tenofovir/ emtricitabina	3000.00	36,000.0	Tenofovir/ emtricitabina	2312.00	27,744.00	Tenofovir/ emtricitabina	2310.00	27,720.00
Tipranavir	4,669.30	56,031.60	Tipranavir	4854.78	58,257.36	Tipranavir	4369.30	52,431.6
Ritonavir	1,691.42	20,297.04	Ritonavir	1,691.42	20,297.04	Ritonavir	1,609.20	19,310.40
Costo total		112,328.64	Costo total		106,298.40	Costo total		99,462.20

En el desarrollo de los trabajos de la Comisión, existe coordinación de las áreas de planeación y adquisición, así como de las áreas técnicas de las instituciones que adquieren antirretrovirales con la finalidad de obtener reducciones en los precios y analizar las opciones terapéuticas equivalentes que permitan hacer un mejor uso de los recursos, obtener el mayor beneficio de la terapia antirretroviral y tener acceso a nuevas terapias antirretrovirales.

3.4 Pacientes que reciben tratamiento ARV en México

Con la oferta universal de tratamiento alcanzada en México en el 2003 se estima que en México existe una cobertura de pacientes en tratamiento superior al 95%. Según el último boletín de información del sector Salud del 2008 el total de pacientes que recibieron tratamiento antirretroviral en México fue de 27,013 para la Secretaría de Salud, 20,696 para el IMSS, 3,698 para el ISSSTE, 369 para PEMEX y 225 para la Secretaría de la Defensa. La Secretaría de Marina no reportó información al respecto para dicho boletín. El total de pacientes en tratamiento fue de 52,001 con un crecimiento de 13% de aumento anual sobre el reporte de 46,018 para el 2007. Se puede estimar que el 5% de los pacientes reciben tratamiento por instancia particulares a partir del reporte del porcentaje de venta de antirretrovirales en farmacias que nos son del sistema. Para el 30 de septiembre del 2009 la Secretaría de Salud tiene a 31,203 pacientes en tratamiento con un 33% de incremento sobre el número de pacientes que reportó el año pasado.



CUADRO 4
PERSONAS QUE ACUDIERON A RECIBIR TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL, POR INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN	2006	2007	2008
SECRETARÍA DE SALUD	17978	23414	27013
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	17623	18562	20696
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	3170	3485	3698
PETRÓLEOS MEXICANOS	324	349	369
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL	200	208	225
TOTAL	39295	46018	52001

FUENTES:

SS: CENSA.- Dirección de Atención Integral. Sistema de Administración, logística y Vigilancia de

IMSS: Coordinación de unidades médicas de alta especialidad. Cifras al 31 de diciembre 2008. Variable

ISSSTE: Departamento de Programas Sectoriales de Segundo y Tercer nivel. Dirección Médica. Cifras al 31

PEMEX: Informe gerencial mensual de Medicina Preventiva. Cifras al 31 de diciembre 2008. Variable

SEDENA: Registros del Hospital Central Militar. Cifras al 31 de diciembre 2008. Variable reportada:

3.5 Análisis de la carga viral indetectable

De acuerdo con los datos del SALVAR para el 30 de septiembre el porcentaje de pacientes atendidos por la Secretaría de salud, excluyendo a los pacientes que se atienden en alguno de los institutos nacionales que reporta en este sistema, con carga viral indetectable es de 60.86%. El reto es alcanzar para el 2012 que por lo menos el 70% de los mismos se encuentren en dichas condiciones (cuadro 5).



Cuadro 5
Carga viral indetectable según estado al 30 de septiembre del 2009

Estado	En Tratamiento ARV	# de Pacientes con CV <400 copias	% de Pacientes con CV <400 copias
AGUASCALIENTES	225	135	60.00
BAJA CALIFORNIA	1026	498	48.54
BAJA CALIFORNIA SUR	140	81	57.86
CAMPECHE	300	186	62.00
COAHUILA	319	73	22.88
COLIMA	202	100	49.50
CHIAPAS	1385	745	53.79
CHIHUAHUA	688	469	68.17
DISTRITO FEDERAL	5424	3151	58.09
DURANGO	240	172	71.67
GUANAJUATO	711	577	81.15
GUERRERO	1026	705	68.71
HIDALGO	353	269	76.20
JALISCO	2333	1776	76.13
MEXICO	2617	1793	68.51
MICHOACAN	661	523	79.12
MORELOS	613	420	68.52
NAYARIT	374	244	65.24
NUEVO LEON	976	406	41.60
OAXACA	888	592	66.67
PUEBLA	1250	495	39.60
QUERETARO	265	197	74.34
QUINTANA ROO	511	365	71.43
SAN LUIS POTOSÍ	336	254	75.60
SINALOA	422	163	38.63
SONORA	324	168	51.85
TABASCO	1139	414	36.35
TAMAULIPAS	718	422	58.77
TLAXCALA	289	196	67.82
VERACRUZ	3342	2090	62.54
YUCATÁN	772	537	69.56
ZACATECAS	162	92	56.79
TOTAL	30031	18308	60.86

Fuente: Boletín 6 del SALVAR excluyendo pacientes que reciben ARV en Institutos Nacionales

3.6 La sobrevivencia de los pacientes en tratamiento ARV

La Secretaría de Salud comenzó a monitorear la sobrevivencia desde el 2008 utilizando el indicador recomendado por Onusida, porcentaje de pacientes que sobreviven a los 12 meses de iniciada la terapia. Se encontró que después de 12 meses de tratamiento, el 97.6% de las mujeres y el 96.2% de los hombres estaban vivos. Para ambos sexos dicha sobrevivencia es 96.6% (Cuadro 6)

Cuadro 6
Pacientes con supervivencia al año de inicio de tratamiento según entidad al 30 de septiembre, 2009

Estado/Instituto	Se encontraban en Tratamiento ARV al 30 de Septiembre de 2008			Continúan vivos al 30 de Septiembre de 2009			Porcentaje de pacientes con sobrevivencia a los 12 meses		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
AGUASCALIENTES	137	50	187	136	48	184	99.3%	96.0%	98.4%
BAJA CALIFORNIA	612	302	914	583	299	882	95.3%	99.0%	96.5%
BAJA CALIFORNIA SUR	66	35	101	63	33	96	95.5%	94.3%	95.0%
CAMPECHE	150	73	223	142	71	213	94.7%	97.3%	95.5%
COAHUILA	227	74	301	217	73	290	95.6%	98.6%	96.3%
COLIMA	111	36	147	111	36	147	100.0%	100.0%	100.0%
CHIAPAS	658	394	1052	648	388	1036	98.5%	98.5%	98.5%
CHIHUAHUA	470	111	581	437	107	544	93.0%	96.4%	93.6%
DISTRITO FEDERAL	3671	585	4256	3528	567	4095	96.1%	96.9%	96.2%
DURANGO	125	55	180	122	49	171	97.6%	89.1%	95.0%
GUANAJUATO	470	163	633	456	162	618	97.0%	99.4%	97.6%
GUERRERO	597	303	900	552	291	843	92.5%	96.0%	93.7%
HIDALGO	202	85	287	192	81	273	95.0%	95.3%	95.1%
JALISCO	1976	445	2421	1869	435	2304	94.6%	97.8%	95.2%
MEXICO	1605	457	2062	1558	447	2005	97.1%	97.8%	97.2%
MICHOACAN	446	143	589	435	143	578	97.5%	100.0%	98.1%
MORELOS	360	149	509	344	147	491	95.6%	98.7%	96.5%
NAYARIT	199	75	274	195	74	269	98.0%	98.7%	98.2%
NUEVO LEON	589	160	749	564	155	719	95.8%	96.9%	96.0%
OAXACA	463	196	659	451	195	646	97.4%	99.5%	98.0%
PUEBLA	691	285	976	681	283	964	98.6%	99.3%	98.8%
QUERETARO	159	55	214	154	53	207	96.9%	96.4%	96.7%
QUINTANA ROO	293	125	418	283	124	407	96.6%	99.2%	97.4%
SAN LUIS POTOSÍ	195	93	288	191	88	279	97.9%	94.6%	96.9%
SINALOA	264	73	337	252	71	323	95.5%	97.3%	95.8%
SONORA	182	69	251	176	67	243	96.7%	97.1%	96.8%
TABASCO	630	304	934	611	294	905	97.0%	96.7%	96.9%
TAMAULIPAS	427	193	620	392	189	581	91.8%	97.9%	93.7%
TLAXCALA	181	72	253	177	68	245	97.8%	94.4%	96.8%
VERACRUZ	1831	953	2784	1762	923	2685	96.2%	96.9%	96.4%
YUCATÁN	499	137	636	482	133	615	96.6%	97.1%	96.7%
ZACATECAS	107	36	143	103	35	138	96.3%	97.2%	96.5%
CLINICA INMUNOD. UNAM	46	53	99	46	53	99	100.0%	100.0%	100.0%
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO	83	96	179	82	94	176	98.8%	97.9%	98.3%
INS. NAL. DE NUTRICION	567	87	654	563	86	649	99.3%	98.9%	99.2%
INS. NAL. DE PEDIATRIA	24	34	58	24	34	58	100.0%	100.0%	100.0%
INS. NAL. DE PERINATOLOGIA	0	12	12	0	12	12	--	100.0%	100.0%
TOTAL	19,313	6,568	25,881	18,582	6,408	24,990	96.2%	97.6%	96.6%



4. Consideraciones finales

Considerando que el crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA se mantiene estable en México, y que se concentra en grupos que tienen prácticas de riesgo (HSH, TS, UDI), el reto epidemiológico consiste en evitar que se generalice a la población en general.

Ante una epidemia concentrada se requieren estrategias focalizadas. La promoción de la salud sexual, el autocuidado y la prevención, siguen siendo las formas más eficaces para evitar la transmisión del VIH/SIDA e ITS.

Asimismo, se requiere mejorar el acceso y la calidad de los servicios de atención integral a las personas que viven con el VIH/SIDA e ITS, y reforzar las actividades de prevención, para lo cual se necesitan recursos financieros.

La mortalidad general por SIDA, durante el periodo 1997-2005, se ha mantenido estable en hombres, pero en mujeres está aumentando. Por condición de seguridad social, se percibe una significativa disminución de la mortalidad en la población asegurada, pero un aumento en población no asegurada.

La mortalidad por SIDA en el grupo más afectado (25-44 años) ha disminuido entre los hombres pero se ha incrementado moderadamente entre las mujeres. Esto se puede explicar por el incremento más acelerado en la proporción de casos de mujeres y por problemas en la detección oportuna del VIH/SIDA y en la adherencia al TAR; problemas que pueden estar relacionados con aspectos socioeconómicos, y de desigualdad de género que se presentan más acentuados en algunas zonas del país.

La exitosa incorporación masiva del TAR en México ha permitido: mejorar la calidad de vida de los enfermos; incrementar la sobrevivencia de los pacientes; disminuir de las infecciones oportunistas asociadas al SIDA; reducir el número de hospitalizaciones al año por pacientes; reducir los costos de hospitalización, y disminuir la mortalidad.

Sin embargo, los sistemas actuales de información no permiten aproximarse a cada una de las variables de la mortalidad por SIDA, por lo que se necesita mejorar la atención integral de las personas en tratamiento ARV, y mejorar el monitoreo de la atención integral que deberá incluir indicadores de impacto como son: mortalidad por SIDA; sobrevivencia de personas en tratamiento ARV; continuidad en el tratamiento ARV y a los estudios de laboratorio (CV y CD4) en tiempo y forma, entre otros aspectos.

México se comprometió a detener la epidemia de VIH/SIDA para el año 2015, como firmante de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Para poder alcanzar esta meta se requiere que los diversos sectores e instituciones del sector salud, bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud y con el compromiso de los grupos de la sociedad civil organizados, realicen una lucha común contra esta epidemia.