BOLETÍN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIH Y SÍFILIS EN LA SECRETARÍA DE SALUD

PERSONAS EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TAR)

COBERTURA DE LA DETECCIÓN DEL VIH EN MUJERES EMBARAZADAS

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CENSIDA
CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH Y EL SIDA

CARTA EDITORIAL

Estimada audiencia del Boletín de Atención Integral:

Este año trajo consigo diversos retos y logros que pusieron a prueba la resiliencia de nuestro sistema de salud para cubrir las necesidades de la población. El último trimestre del 2021 no es la excepción, se ha continuado trabajando en la óptima adecuación de la estrategia nacional e internacional para el manejo del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual (ITS). Para esto se han considerado aspectos relacionados con la prevención, tratamiento y atención oportuna para poblaciones clave, poblaciones vulnerables y población general, aún en el contexto de la pandemia por COVID-19.

En el marco del 1° de diciembre, día mundial del VIH se busca resaltar las acciones por el bienestar de las personas viviendo con VIH, recordar a aquellas que han fallecido por enfermedades relacionadas a esta infección. El lema del día mundial "Poner fin a las desigualdades. Poner fin al sida. Poner fin a las pandemias." Noe lleva a hacer énfasis en la urgencia de acabar con las inequidades que continúan siendo claves en la propagación del virus. En cuanto a la visibilización de poblaciones vulnerables, se enfatiza la importancia de identificar y eliminar las barreras del diagnóstico oportuno y el acceso a tratamiento para migrantes y poblaciones móviles viviendo con VIH.

Con relación al día mundial de la salud mental, conmemorado el 10 de octubre de 2021, deseamos destacar la trascendencia de las acciones enfocadas en la reducción de la brecha en atención a la salud mental, capacitando a profesionales de atención de salud no especializados para la realización de intervenciones de esta índole.

En este sentido, el presente número aborda una serie de temáticas relevantes e indicadores actualizados, que se han generado a través de esta institución.

Dr. Daniel Bernal Serrano

Dirección de Atención Integral

Dra. Paloma Ruiz Gómez

Subdirectora de Programas Multilaterales y Encargada de la Dirección de Prevención y Participación Social

Consejo Editorial

Editores:

Daniel Bernal Serrano

Coeditores:

Guillermo González Chávez

Paloma Ruiz Gómez

Laura Carmen Martínez Turrubiartes

Paola Santana Martínez

Carlos Escalante Vera

Daniel Fernando Pérez Larios

Juan Manuel Coronel

Augusto Alejandre Villar

Tanya Díaz Cadena

Nota importante:

La información epidemiológica contenida en este Boletín se obtiene del Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), sistema nominal de pacientes que reciben tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud y del Sistema de Información en Salud de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).

Si tiene interés en colaborar con esta publicación, favor de enviar su artículo original al siguiente correo:

dai_2@salud.gob.mx

1200-1500 palabras, incluyendo referencias.

BOLETÍN

ÍNDICE

4 Estadísticas Día Mundial del Sida 2021

14 Estrategia de triple optimización del tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud

17 Migración y VIH

20 Atención en Salud Mental para las Personas Viviendo con VIH

23 Pruebas para la detección del VIH y Sífilis en la Secretaría de Salud

24 Porcentaje de positividad al VIH y Sífilis

25 Cobertura de la detección del VIH en mujeres embarazadas

26 Cobertura de la detección de sífilis en mujeres embarazadas

27 Casos de transmisión vertical por año de diagnóstico ajustados por año de nacimiento.

29 Nuevas detecciones por sexo y por grupo de edad. México, 2021

30 Personas en tratamiento antirretroviral

31 Personas en TAR por lugar de atención y razón hombre: mujer. México, 2021

32 Distribución porcentual (%) del sexo del paciente por entidad. México, 2021.

33 Mujeres embarazadas con VIH en TAR por entidad

34 Atención tardía de hombres y mujeres que viven con VIH por entidad federativa

36 Porcentaje de indetectabilidad en personas en TAR

39 Reporte de solicitudes de apoyo para atención de personas viviendo con VIH

40 Glosario de abreviaturas

41 Directorio

Estadísticas Día Mundial del Sida 2021

En el Mundo

(ONUSIDA, 2021).

Al cierre 2020, **37.7 millones** (30.2–45.1 millones) de personas vivían con VIH:

- 36.0 millones (28.9–43.2 millones) personas adultas (15 años o más).
- 1.7 millones (1.2–2.2 millones) niños y niñas (0-14 años).

En el 2020 se estimaron **1.5 millones** (1.0–2.0 millones) de nuevas infecciones por VIH, lo que significa una reducción de **52%** respecto de 1997 (año con mayor número de nuevas infecciones).

Durante el periodo 2010-2020, las nuevas infecciones por el VIH descendieron alrededor de **31%**, al pasar de 2.1 millones (1.5–2.9 millones) a 1.5 millones (1.0–2.0 millones) en 2020.

En el mismo periodo, las nuevas infecciones por el VIH en niñas y niños descendieron **53%,** de 320 mil (210–510 mil) en 2010 a 150 mil (100–240mil) en 2020.

En 2020, alrededor de 680 mil (480 mil–1 millón) personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida, con una disminución de más de **64%,** respecto a 2004 (año con mayor número de defunciones) y de **48%** respecto a 2010.

La mortalidad a causa del sida ha disminuido **53 %** entre las mujeres y niñas y **41%** entre hombres y niños desde 2010.

Para finales de 2020, se reportaron los siguientes avances con respecto a la cascada del continuo de la atención del VIH:

- **84%** (67–>98%) de las personas que vivían con el VIH conocían su estado serológico con respecto al VIH.

- **73%** (56–88%) de las personas que vivían con VIH tuvieron acceso al tratamiento antirretroviral (TAR). Este porcentaje sube a **87%** entre las personas que conocen su estado serológico.

- **66%** (53–79%) de las personas que vivían con el VIH tenían carga viral indetectable. Este porcentaje sube a **90%** entre las personas en TAR.

En cuanto al acceso a TAR, de acuerdo con edad y género, se reportan las siguientes particularidades:

- **74%** (57–90%) de las **personas adultas** de 15 años o más estaban en TAR, en comparación **con 54%** (37–69%) de las **menores de 15 años**.

- **79%** (61-95%) de las mujeres adultas (15 años o más) tuvieron acceso a tratamiento, en comparación **con 68%** (54-82%) de los hombres adultos.

- **85%** (63–>98%) de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH contaron con acceso a medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión del VIH a sus neonatos

Las **metas** para el **2030,** respecto del continuo de la atención del VIH son:

- Que un **95%** de las personas viviendo con VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH.
- Que un **95%** de las personas diagnosticadas con VIH reciban terapia antirretroviral continuada.

- Que un **95%** de las personas que reciben terapia antirretroviral logren la supresión viral (ONUSIDA, 2012).

A partir del año 2016, se agregó **"el cuarto 90"**, referente a la calidad de vida en salud de las personas que viven con VIH.

Mujer y VIH

Existen diferencias importantes en las epidemias de mujeres y hombres.

Las condiciones estructurales de desigualdad social propician una mayor condición de vulnerabilidad en las mujeres, la cual también es de tipo biológico, epidemiológico, social y cultural. A nivel biológico, se ha comprobado que, en las relaciones heterosexuales, la mujer es de dos a cuatro veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre.

Cada semana, alrededor de **5 mil mujeres jóvenes** de entre 15 y 24 años contraen la infección por el VIH.

Más de un tercio **(35 %)** de las mujeres de todo el mundo ha sufrido violencia física o sexual alguna vez en la vida. En algunas regiones, las mujeres víctimas de violencia tienen 1.5 veces más riesgo de contraer VIH que aquellas que no han sufrido violencia.

Poblaciones Clave

Los grupos de población clave y sus parejas sexuales representan **65%** de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial:

- Más del 93% fuera de África subsahariana.
- 39 % de las nuevas infecciones por VIH en África subsahariana.

El riesgo de contraer el VIH es:

- 35 veces mayor entre las personas que se inyectan drogas.
- 34 veces mayor para las mujeres transgénero.
- 26 veces mayor para las personas trabajadoras sexuales.
- 25 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

TB Y VIH

La tuberculosis continúa siendo la principal causa de muerte entre las personas que viven con VIH en el mundo, y es responsable de aproximadamente una de cada tres muertes relacionadas con el sida:

- Las personas que viven con VIH y no tienen tuberculosis activa necesitan la terapia preventiva contra la tuberculosis, que disminuye el riesgo de desarrollar dicha enfermedad y reduce las tasas de mortalidad de la tuberculosis y el VIH en **40%** aproximadamente.
- Se estima que, **44%** de las personas que viven con VIH y tuberculosis no conocen tienen esta coinfección y no reciben atención.

Inversiones

A finales de 2020, hubo **21,500 millones** de dólares estadounidenses (cifras en dólares constantes de 2019) disponibles para la respuesta al sida en los países de ingresos bajos y medianos:

- **61%** del total de los recursos destinados al VIH en dichos países procedió de fuentes nacionales.

ONUSIDA estima que se necesitarán **26,200 millones** de dólares estadounidenses (cifras en dólares constantes de 2019) para la respuesta al sida en 2020.

Covid-19 y VIH (ONUSIDA, 2021).

Las personas que viven con el VIH sufren cuadros más graves y tienen mayores comorbilidades por COVID-19 que las personas que no viven con el VIH. A mediados de 2021, la mayoría de las personas que vivían con el VIH no tenían acceso a las vacunas anti-COVID-19.

- Estudios de Inglaterra y Sudáfrica han revelado que el riesgo de morir por COVID-19 entre las personas con VIH era el doble que el de la población general.

- África subsahariana contiene a dos tercios (67%) de las personas que viven con el VIH. Pero las vacunas anti-COVID-19 que pueden protegerlos no llegan lo suficientemente rápido. En julio de 2021, menos del 3% de las personas en África habían recibido al menos una dosis de la vacuna anti-COVID-19.

En Latinoamérica (ONUSIDA, 2021).

A finales del 2020, en Latinoamérica se estimaron:

- **2.1 millones** (1.4–2.7 millones) de personas viviendo con VIH.
- Una prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años del **0.4 por ciento** (0.3-0.6%).
- **100 mil** (66,000– 150,000) nuevas infecciones por VIH, es decir, **329** personas adquieren el VIH diariamente.
- **31 mil** (20,000–46,000) **defunciones** a causa del sida.
- **1.4 millones** de **personas** viviendo con VIH con acceso a TAR.

Los avances en el continuo de la atención del VIH, en América Latina, con respecto al total de personas viviendo con VIH son los siguientes:

- 80% (55–>98%) de las personas que vivían con el VIH conocían su estado serológico con respecto al VIH.
- 65% (43–86%) de las personas que vivían con VIH tuvieron acceso al tratamiento antirretroviral (TAR).
- 60% (41–78%) de las personas que vivían con el VIH tenían carga viral indetectable.

En personas viviendo con VIH atendidas en los servicios de salud en la región, se observa que:

- Entre las personas que conocen su estado serológico, 8 de cada 10 se encuentran en tratamiento antirretroviral.
- 9 de cada 10 personas viviendo con VIH que se encuentran en TAR, logró la supresión viral.

En México

En 1983 se reportó el primer caso de sida en México. Desde esa fecha y hasta el 15 de noviembre de 2021, se encuentran en el registro de vigilancia epidemiológica **328 mil 791** personas con infección por VIH, de las cuales **201 mil 439** personas se encontraban vivas **(61.3%)**, **111 mil 229** ya **fallecieron (33.8%)** y **16,123** se desconoce su estatus actual **(4.9%)** (SS/DGE, 2021).

En 2019, la tasa de mortalidad general por VIH fue de **4.2 defunciones por cada 100 mil** habitantes:

- **1.5** en **mujeres**
- **7.1** en **hombres** (INEGI y SS/DGIS, 2019).

En virtud de que, no se consideran a personas en tránsito por México, se utiliza la variable entidad federativa para la identificación de datos nacionales, por ello, no se consideran las categorías de "extranjeros" y "no especificado.

En 2020, se estima que ocurrieron 20 mil nuevas infecciones por VIH (17-23 mil):

- Diariamente 55 personas adquieren VIH.
- De 2010-2020, se estimó un incremento de 33%, en el número de nuevas infecciones por VIH (ONUSIDA y SS/Censida, 2020).

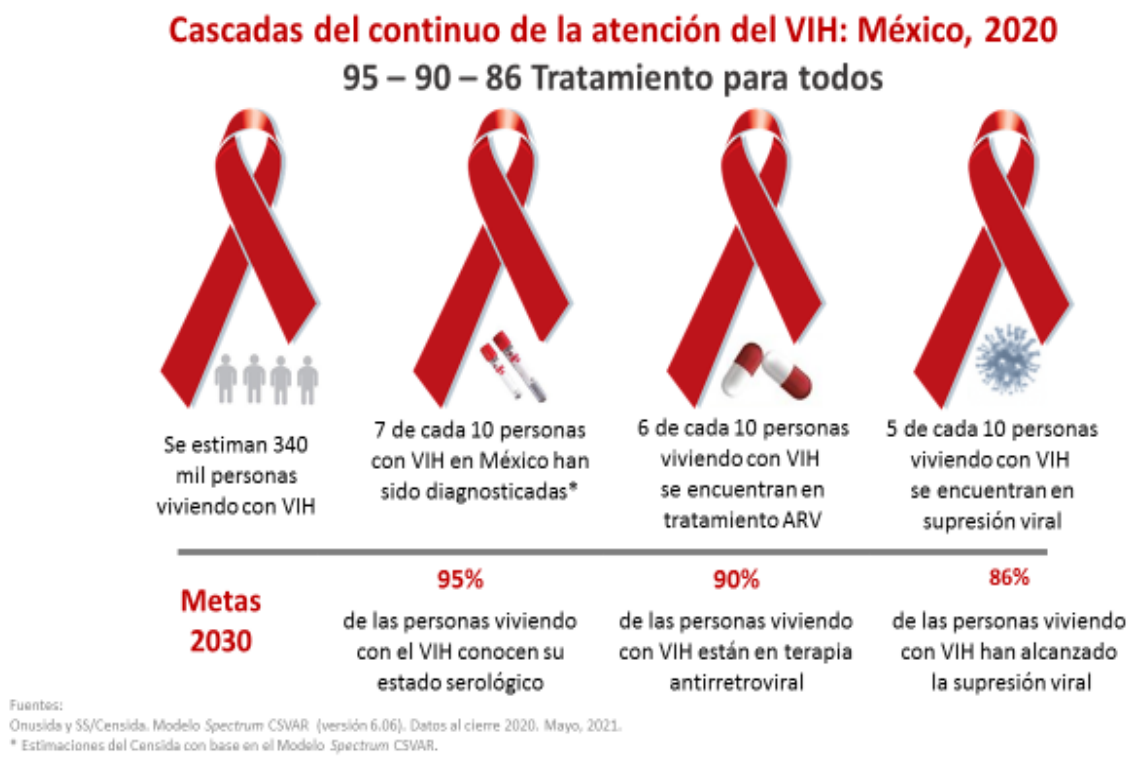
De acuerdo con la tipología de ONUSIDA, **México** tiene una ***epidemia concentrada***, en la que existen poblaciones que se encuentran mayormente afectadas por la epidemia: hombres que tienen sexo con otros hombres (**HSH**), hombres trabajadores sexuales (**HTS**), mujeres trans (**MT**), personas que se inyectan drogas (**PID**) y personas privadas de la libertad **(PPL)**.

En el 2021, la Secretaría de Salud federal adquirió **35.9 millones de condones masculinos** o de uso externo (35,966,600 piezas), para la prevención del VIH en personas viviendo con VIH, poblaciones clave y **1 millón** de piezas de **condones femeninos** o de uso interno, para empoderar a las mujeres en situación de vulnerabilidad (SS/Censida, 2021).

Continuo de la atención del VIH (SS/Censida)

Para el 31 de diciembre de 2020, se estima que, México tenía una prevalencia de VIH del **0.4 por ciento (0.3-0.4)**; lo que significa que **4 de cada mil personas** vivían con VIH a finales de ese año.

Los avances con respecto al continuo de la atención en el país, de las personas que viven con el VIH en México, se muestran en el siguiente gráfico.



Al analizar esta información estimada en las personas viviendo con VIH vinculadas a los servicios de salud en el país:

- **9 de cada 10 personas viviendo con VIH** que se encuentran en TAR, logró la supresión viral (ONUSIDA y SS/Censida, 2020).

Detección

Al cierre 2019, se estima que, en **México**, **240 mil personas** que viven con VIH conocían su estado serológico (ONUSIDA y SS/Censida, 2020).

En 2021, la Secretaría de Salud destinó recursos federales para la adquisición de **1,087,542 pruebas** rápidas **de detección del VIH**, y **1,090,346 pruebas** para la detección de sífilis, para poblaciones clave y en situación de desigualdad (SS/Censida).

Durante el 2019, la Secretaría de Salud realizó **2.9 millones** de detecciones de VIH (**2,897,267**), de las cuales **1,960,825** fueron realizadas por el Programa VIH e ITS y **936,4442** por el Programa de Salud Materna. Hasta el 25 de noviembre del 2021, se han realizado poco más de un millón de detecciones de VIH (**1,475,436**): **1,167,773** por el Programa VIH e ITS y **307,663** por el Programa de Salud Materna (SS/DGIS).

Durante el 2020, la Secretaría de Salud realizó 1.5 millones de detecciones de VIH (**1,475,436**), de las cuales **1,167,773** fueron realizadas por el Programa VIH e ITS y **307,663** por el Programa de Salud Materna. Hasta el 25 de noviembre del 2021, se han realizado poco más de un millón

de detecciones de VIH (**1,597,884**): **1,233,502** por el Programa VIH e ITS y **364,382** por el Programa de Salud Materna (SS/DGIS).

La detección del VIH se recomienda realizar en (SS,Censida).

- Todas las **personas que hayan tenido relaciones sexuales**, por lo menos una vez en la vida.
- Las **poblaciones clave** (hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans, personas trabajadoras sexuales y personas que se inyectan drogas -incluyendo esteroides, hormonas o silicón-), por lo menos **cada 6 meses**;
- Personas que sufrieron **violencia sexual**.
- Personas que se les ha diagnosticado con alguna **infección de transmisión sexual (ITS)**, como sífilis o lesiones por Virus del Papiloma Humano (VPH); o personascon **tuberculosis o hepatitis C.**
- Mujeres que planean embarazarse, y mujeres embarazadas en dos ocasiones durante el embarazo.

Estrategia de Optimización del Tratamiento Antirretroviral

Al 30 de junio del 2021, existen cerca de **205 mil** personas en TAR en México (**204,656**), en todas las instituciones del sector salud. Este número se incrementó **11%**, respecto del mismo periodo del año anterior (SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación/Grupo de Información Sectorial en VIH, Sida e ITS, 2020). **56%** de las personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral se atienden en los Servicios Especializados de Atención del VIH e ITS de la Secretaría de Salud (CAPASITS y SAIH) (30 de junio de 2021).

En 2020, en el país **49%** de las personas viviendo con VIH se encontraban en supresión viral. Este número asciende a **89%** si se considera únicamente a las personas que se encuentran en tratamiento. En este mismo año, el inicio tardío a tratamiento en el país fue **38.7%** (ONUSIDA y SS/Censida, 2020).

En el año 2019, en México se dio la oportunidad para establecer un cambio, a través de la **estrategia de optimización de tratamiento antirretroviral**; con el objeto de ofrecer en el país mejores opciones terapéuticas para el tratamiento de la persona (optimización clínica), de acuerdo con las necesidades de la población y que permite mejorar los términos de adquisición y la sostenibilidad de acceso. El artículo incluido en este boletín titulado “Estrategia de triple optimización del tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud” contiene más información respecto a este tema.

Mujer y VIH

De las **340 mil personas** que se estima viven con VIH en México en 2019, **60 mil** corresponden a mujeres adultas (**18%**) (SS/Censida y ONUSIDA, 2020 En México, se han notificado de manera acumulada **61,055 mujeres** viviendo con VIH, lo que representa **18.6%** del total de casos reportados (SS/DGE, 2021). Al 30 de junio del 2021, **32,924 mil** mujeres adultas se encontraban en tratamiento antirretroviral en el país, lo que representa **16%** del total de personas en TAR (SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación/Grupo de Información Sectorial en VIH, Sida e ITS, 2020).

Mujer y Embarazo

La condición de embarazo es una indicación absoluta de inicio urgente de tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión vertical (de la madre al hijo o hija) del VIH. En las mujeres embarazadas, además de generar beneficios en la salud de la mujer, el TAR y el paquete de intervenciones eficaces para prevenir la transmisión vertical, reduce sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH a sus neonatos, de **15%-45%,** en ausencia de cualquier intervención, a niveles inferiores al **5%** (OMS, 2021).

En 2020, según datos de las instituciones del sector salud público, se realizaron poco más de **590 mil** detecciones de VIH en mujeres embarazadas **(590,280)**, que con respecto a casi 1 millón **619 mil** mujeres embarazadas en el país **(1,618,631)**, equivale a **36.47%** de cobertura de detección del VIH en mujeres embarazadas, porcentaje menor en 22 puntos porcentuales con respecto del año inmediato anterior (SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación/Grupo de Información Sectorial en VIH, Sida e ITS, 2020).

Según datos programáticos, el SS/CNEGSR reportó una cobertura de detección del VIH en mujeres embarazadas en control prenatal en la Secretaría de Salud de **61.8%** en 2019, de **43.6%** en 2020 y de **61.5%** de enero a septiembre de 2021, y de sífilis de **68.9%** en 2019, **36.0%**

En 2020, y de **55.7%** de enero a septiembre de 2021. La disminución en el porcentaje de cobertura tanto para VIH como sífilis durante el 2020 podría deberse a la pandemia por COVID-19.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 reportó que, **62.5%** y **77.8%** de las **mujeres embarazadas**, **se les realizó la** prueba de **detección** de la sífilis y VIH durante la atención prenatal, respectivamente (INEGI, INSP y SS. ENSANUT, 2019).

De acuerdo con información preliminar de la Dirección General de Información en Salud, que se puede consultar en el cuadro 2 de este boletín, poco más del **61%** de las mujeres embarazadas habían sido tamizadas para **VIH**, y el **56%** para **sífilis** hasta el 29 de octubre de

2021. Los porcentajes de cobertura de detección del VIH y sífilis en mujeres embarazadas según las diversas fuentes, se encuentra en un nivel subóptimo toda vez que, las metas para la eliminación de la transmisión vertical de estas infecciones sugieren coberturas de 95% o más; por lo que constituye uno de los retos en materia de prevención de la transmisión vertical del VIH.

Se estimó que, en 2020, **1,143** mujeres embarazadas viviendo con VIH tuvieron acceso a medicamentos ARV para la prevención de la transmisión vertical del VIH en el país, con una cobertura estimada de **77% (64-89%)** de las cuales **57%** inició tratamiento antirretroviral por primera vez en su vida; es decir, el diagnóstico se realizó durante el embarazo (SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación/Grupo de Información Sectorial en VIH, Sida e ITS, 2020).

Al cierre 2020, se han registrado **27** casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical, lo que refleja una diferencia de **-61%,** respecto del año 2019, cuando se registraron **69** casos; lo cual se relaciona con el impacto del COVID-19 en la detección y diagnóstico del VIH, más que con una real disminución del número de casos nuevos por transmisión vertical. Hasta el 15 de noviembre de 2021, se tienen registrados **48** casos nuevos de VIH por transmisión vertical (SS/DGE, 2021). Hasta el 30 de septiembre del 2021, **381** mujeres embarazadas viviendo con VIH han recibido TAR para la prevención de la transmisión vertical en la Secretaría de Salud (SS/Censida).

Tuberculosis y VIH (SS/Censida. SALVAR. SS/DGIS, 2013).

De enero a septiembre de 2021, se han registrado **947 casos de binomio** TB-VIH dentro de la Secretaría de Salud, **92%** han recibido tratamiento para ambos padecimientos, porcentaje **12** puntos porcentuales mayor, con respecto al mismo periodo del año anterior.

Impacto de la epidemia de COVID-19 en los servicios de VIH

El Censida ha monitoreado el impacto de la COVID-19 en los servicios de VIH e ITS. Con la normalización de diversas actividades en el país, se observa un incremento en la productividad de los servicios de atención; principalmente en materia de detección del VIH:

- En la Secretaría de Salud, hasta el tercer trimestre del 2021, hubo un aumento en el número de **pruebas de VIH** aplicadas, de **22.6%** con respecto al mismo periodo el año 2020 (3er trim. 2021: 1,038,226 3er trim. 2020: 846,649). Para el caso de **sífilis** también hubo un aumento de **28.9%** (3er trim. 2021: 928,377, 3er trim. 2020: 720,020) (SS/DGIS, 2021).

En materia de atención del VIH, en la Secretaría de Salud al tercer trimestre de 2021:

- Hasta el tercer trimestre 2021, se vincularon y accedieron a tratamiento antirretroviral a **10,964** personas viviendo con VIH, cifra ligeramente inferior al mismo periodo del año anterior (11,219).

- **90%** de las personas con 6 meses o más en TAR, lograron la supresión viral (<1,000 copias); cifra un punto porcentual mayor, respecto del mismo periodo del año previo.

Acceso a los servicios de salud

A nivel sectorial, el país cuenta con 422 servicios público que dispensan medicamentos antirretrovirales para las personas viviendo con VIH. Específicamente, la Secretaría de Salud cuenta con 141 servicios de atención especializada para la atención del VIH, VHC y otras ITS; distribuidos a lo largo del territorio nacional: 77 Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y 64 Servicios de Atención Integral Hospitalaria (SAIHs).

Referencias:

- INEGI, INSP y SS. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales. Pág. 143. Los porcentajes se refieren a mujeres de 20 a 49 años de edad con último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores.
- INEGI y SS/DGIS. Registro de mortalidad 2019, cubo de defunciones (1998-2019). En virtud de que, no se consideran a personas en tránsito por México, se utiliza la variable entidad federativa para la identificación de datos nacionales, por ello, no se consideran las categorías de "extranjeros" y "no especificado".
- OMS. (2021). Transmisión del VIH de la madre al niño. En: https://www.who.int/hiv/topics/mtct/es/
- ONUSIDA y SS/Censida. Modelo *Spectrum CSAVR*. Datos al cierre 2020. En el año 2021, el CENSIDA trabajó con ONUSIDA para obtener estimaciones que describieran con mayor precisión la epidemia del VIH en México, por lo cual se realizó un cambio en el método de estimación del Modelo *Spectrum*, utilizando el denominado Vigilancia de casos y registros vitales (CSAVR, por sus siglas en inglés). A partir de datos epidemiológicos y programáticos de los países y supuestos utilizados por el modelo *Spectrum*, que se basan en información científica disponible, se realizan anualmente estimaciones del número de personas que viven con VIH, las nuevas infecciones, entre otros, lo que permite medir el avance en la cascada del continuo de la atención. La metodología del modelo puede consultarse en el siguiente link: https://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php
- ONUSIDA. (2021). Hoja informativa - Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. En: https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet
- ONUSIDA. (2012). 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf
- ONUSIDA y SS/Censida. Modelo Spectrum CSAVR (versión 6.06). Datos al cierre 2020.
- SS/Censida.
- SS/Censida. SALVAR.
- SS/Censida. SALVAR. SS/DGIS. Estimaciones a partir de la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010 y de las Proyecciones de la Población de los municipios de México 2010-2030, CONAPO (abril 2013).
- SS/DGE. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH. INFORME HISTÓRICO VIH – 3ER TRIMESTRE 2021. Datos al 30 de septiembre de 2021.
- SS/DGIS. Proyecciones de la Población de México 1990 - 2030, CONAPO. Datos 2019.
- ONUSIDA y SS/Censida. Modelo *Spectrum CSAVR* (versión 6.06). Datos al cierre 2020.
- SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Cifras al cierre definitivo 2019 y preliminares al 22 noviembre 2021 SINBA-PLIISA. Procesó: SS/Censida.
- SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación/Grupo de Información Sectorial en VIH, Sida e ITS. Incluye información al cierre 2020. Procesó: SS/Censida.
- SS/DGIS/SINAC. Base de datos de servicios otorgados y certificados de nacimientos de enero a diciembre del 2020. Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS. Información preliminar. Datos en línea: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_nacimientos_gobmx.htm
- SS/DGIS. Consolidado SINBA- PLIISA. Detecciones de VIH y sífilis realizadas por el Programa Nacional de VIH, sida e ITS. Datos definitivos 2010-2019, datos preliminares 2020 y acumulado al tercer trimestre 2021. Consultado 6 de octubre del 2021.
- SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Detecciones de VIH realizadas por el Programa Estatal VIH, sida e ITS. Datos Consolidados 2019. Consultado 25 de noviembre 2021.
- SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Detecciones de VIH realizadas por el Programa Estatal VIH, sida e ITS. Datos Preliminares 2020. Consultado 25 de noviembre 2021.
- SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Detecciones de VIH realizadas por el Programa Estatal VIH, sida e ITS. Datos Preliminares 2021. Consultado 25 de noviembre 2021

Estrategia de triple optimización del tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud

El tratamiento antirretroviral (TAR) ha evolucionado mucho desde la introducción de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en 1996. Un avance importante hacia el tratamiento actual del VIH se dio en 2011, cuando la Organización Mundial de la Salud y el Programa Conjunto de las Naciones Unidades sobre el VIH/sida desarrollaron la iniciativa para mejorar el acceso al TAR llamada "Tratamiento 2.0". Dos elementos fundamentales de esta estrategia son la simplificación y la optimización de los esquemas antirretrovirales.

El concepto de optimización incluye el desarrollo y uso racional de regímenes adecuados de TAR. Estos regímenes deben ser seguros, eficaces, bien tolerados, durables, estables en diferentes temperaturas, disponibles en combinación fija de un comprimido al día y efectivos en todas las poblaciones al menor precio posible. El objetivo de esta estrategia fue que para el año 2020, los países de ingresos bajos y medios adoptaran estrategias para lograr que las personas viviendo con VIH accedieran a tratamientos optimizados (*Un Vistazo al Tratamiento 2.0*, 2012).

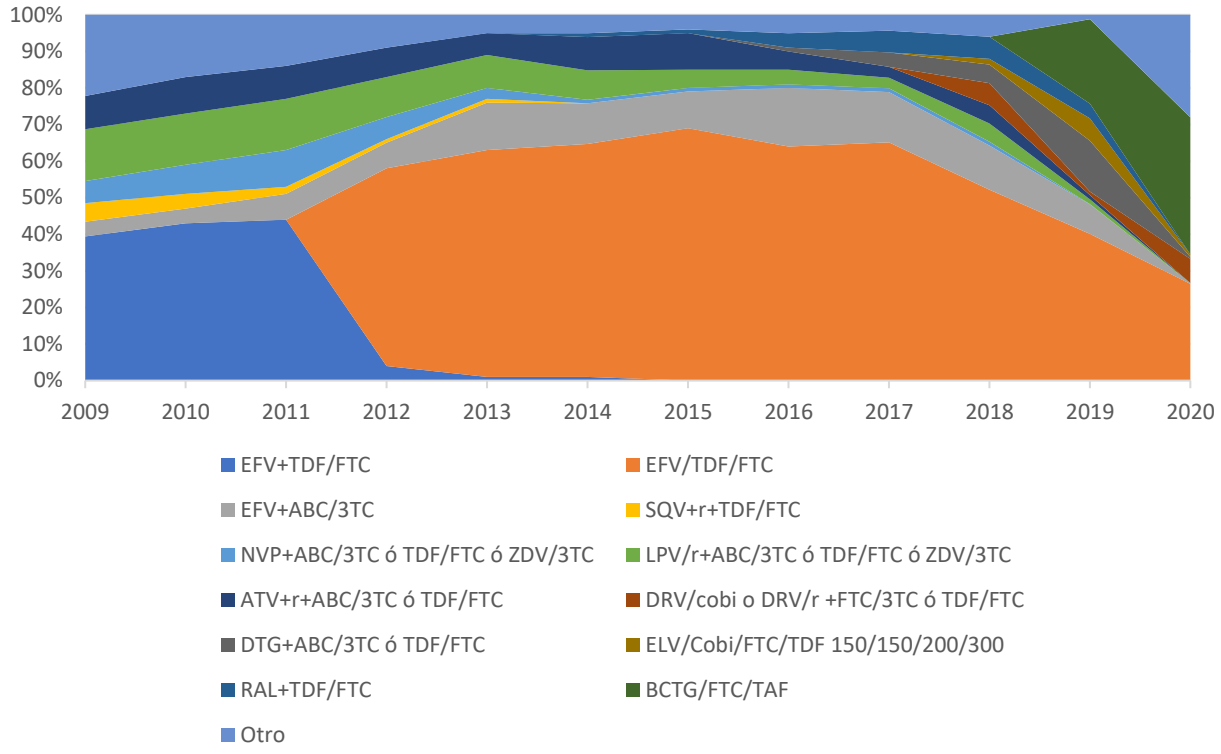
En apego a estos objetivos, a partir del 2019, México adoptó la estrategia de triple optimización, la cual surgió como una iniciativa de un grupo de expertos en VIH, en coordinación con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud con el Censida, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como líderes comunitarios.

La estrategia comprende tres fases:

A) **Optimización clínica**: Identifica las mejores opciones terapéuticas recomendadas para el tratamiento de la persona con medicamentos innovadores o genéricos con amplia experiencia y sustento científico.
B) **Optimización poblacional**: Identifica las mejores opciones terapéuticas de acuerdo con las necesidades de la población, que incluyen la identificación de grupos que requieren de tratamientos específicos, con la finalidad de no dejar a nadie atrás.
C) **Optimización económica**: Permite mejorar los términos de adquisición y la sustentabilidad de acceso.

Entre los resultados más destacables de esta implementación, está la homogenización de la prescripción, pues actualmente bictegravir/tenofovir alafenamida/emtricitabina representa más del 90% de los inicios, colocándolo como el principal esquema de inicio entre las personas con VIH, en apego a las recomendaciones de la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH (ver figura 1). Adicionalmente, se ha logrado desaparecer en la mayor parte de los casos las combinaciones con esquemas de varias tabletas, cambiando a presentaciones coformuladas, o se han migrado a la mayor parte de personas de esquemas antiguos a formulaciones novedosas (*Un Vistazo al Tratamiento 2.0*, 2012).

Fig. 1. Transición de los esquemas de tratamiento años 2009 a 2020.



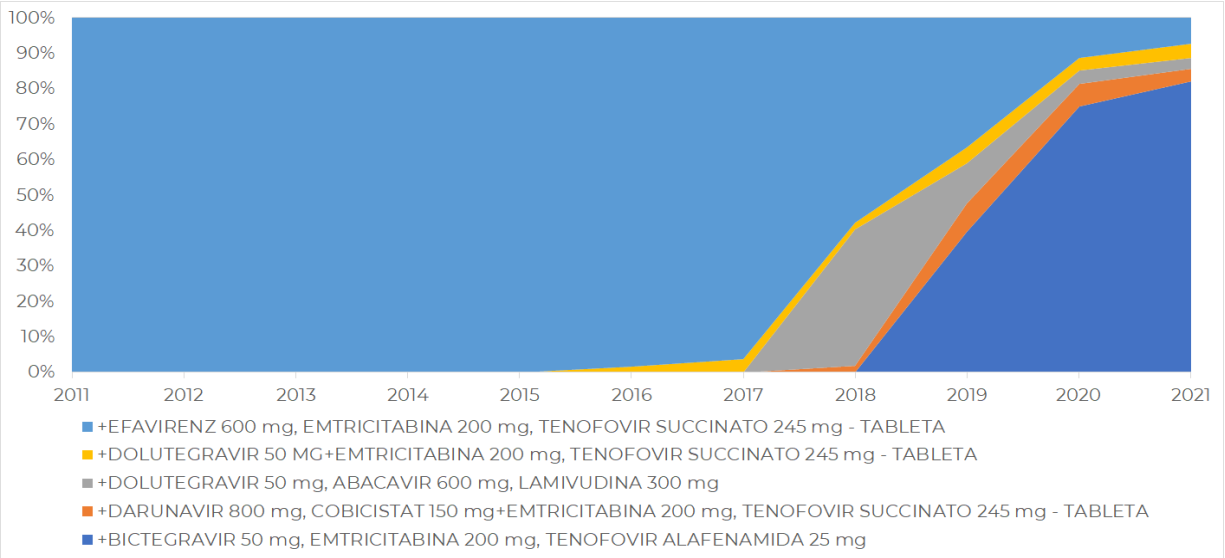
ABC: Abacavir; ATV: Atazanavir; BCTG: Bictegravir; Cobi: Cobicistat; DTG: Dolutegravir; DRV: Darunavir; EFV: Efavirenz; ELV: Elvitegravir; FTC: Emtricitabina; LPV: Lopinavir; NVP: Nevirapina; r: Ritonavir; RAL: Raltegravir; TAF: Tenofovir alafenamida; TDF: Tenofovir disoproxilo fumarato; ZDV: Zidovudina; 3TC: Lamivudina.

Fuente: Censida, datos tomados del Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR).

Un beneficio adicional es que se ha incrementado la utilización de los esquemas que contienen inhibidores de la integrasa de segunda generación (dolutegravir o bictegravir) como medicamentos preferidos para el inicio de tratamiento y para el rescate tras la primera falla con inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa, así como para la simplificación u optimización de los diversos esquemas antirretrovirales de primera línea (conocida en inglés como “switch”), mejorando la barrera genética a la resistencia y disminuyendo las reacciones adversas.

Gracias a esta estrategia, hasta noviembre de 2021, 106 mil personas que viven con VIH en tratamiento en la Secretaría de Salud se han beneficiado de esquemas de tableta única que favorecen la adherencia y mejoran su calidad de vida. Esto significa que del total de personas en tratamiento antirretroviral 74% utilizan bictegravir, tenofovir alafenamida, emtriciabina, en tanto que 2% toman dolutegravir, abacavir, lamivudina y solo 10% continuaron con un esquema utilizando efavirenz coformulado (ver figura 2).

Fig. 2. Proporción de esquemas prescritos en la Secretaría de Salud 2020 y 2021



Fuente: Censida, datos tomados del Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR).

Esta transición es importante y coloca a México como uno de los países a la vanguardia en el tratamiento antirretroviral. Las coformulaciones de tableta única a base de inhibidores de la integrasa se han posicionado como los esquemas preferidos en la mayoría de las guías de tratamiento antirretroviral de los países desarrollados, por su eficacia, seguridad, tolerabilidad y posibilidad de coadministración con diversos fármacos. De forma similar, el tratamiento para las personas que fracasan a un primer esquema de tratamiento, también se han beneficiado de la estrategia de optimización, permitiendo que personas que utilizaban medicamentos con múltiples tomas, con toxicidad elevada, o reacciones adversas frecuentes hayan sido simplificados a regímenes mejor tolerados, con los cuales las personas mantengan supresión viral, logren la recuperación inmune y mejoren su calidad de vida.

Referencia:

Departamento de VIH/Sida / Organización Mundial de la Salud. (2012). *Un Vistazo al Tratamiento 2.0* [PDF]. Retrieved 23 November 2021, from https://www.who.int/hiv/pub/arv/treatment2_flyer_es.pdf?ua=1.

Migración & VIH

Actualmente existen aproximadamente 232 millones de inmigrantes internacionales (1) y unos 740 millones de migrantes internos, lo que significa que hay 1 billón de personas que se desplazan en cualquier momento (2). En el marco de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible, se resalta la importancia de priorizar a las personas migrantes y poblaciones móviles mediante respuestas multisectoriales que consideren a la migración como un determinante social de la salud, y como elemento clave para el bienestar de estas personas y las comunidades de dónde vienen y a donde van (*Migración y Salud en el Marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, 2020).

La meta 3.8 del tercer objetivo de desarrollo sostenible, que busca lograr la cobertura sanitaria universal, incluye a los migrantes *independientemente de su situación jurídica*, hace énfasis en la importancia de que sean tomados en cuenta en los programas de protección contra los riesgos financieros y tengan acceso a servicios de atención de la salud de calidad y equitativos, así como a medicamentos y vacunas esenciales que sean inocuos, eficaces y asequibles (*Migración y Salud en el Marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, 2020). A pesar de esto, a nivel mundial diversos estudios han mostrado que el acceso a los servicios de detección y tratamiento del VIH para migrantes suele ser inferior al de los no migrantes (*CONFRONTING INEQUALITIES Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS*, 2021).

Debido a la gran movilidad que suele tener esta población, puede interactuar con programas de tratamiento del VIH y sistemas de salud de distintos lugares con el paso del tiempo, impactando su navegación por la cascada de tratamiento del VIH (Tanser et al., 2015), debido a la falta de adherencia estricta que se requiere para evitar la resistencia a los medicamentos y su subsecuente fracaso (Bygrave et al., 2010). De acuerdo con el documento “Migración, VIH y acceso a servicios de salud en México” (Leyva Flores et al., 2018), la movilidad poblacional internacional en tránsito por México representó el 0.3% de la población nacional en 2014 (CONAPO, 2015). Algunos estudios aquí reportados, muestran una mayor prevalencia de VIH en distintas poblaciones de migrantes de entre 0.71%-1% (Leyva-Flores et al., 2015) (Martínez-Donate et al., 2005), que es mayor a la prevalencia nacional estimada en 2020 (0.3%) (CENSIDA, 2015).

El Programa de Acción Específico (PAE) VIH e ITS 2020-2024 resalta que, además de las poblaciones clave entre las cuales se concentra la epidemia de VIH en México, existen otros grupos como las poblaciones migrantes y móviles, que se encuentran en situación de vulnerabilidad, y que en contextos o situaciones específicas y por condiciones sociales, económicas, culturales o

psicológicas, entre otras, pueden ver limitada su capacidad para prevenir y responder a situaciones de riesgo del VIH y otras ITS (*Programa de Acción Específico Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras Infecciones de Transmisión Sexual 2020-2024*, 2021). En este sentido, uno de los aspectos clave para mitigar la epidemia de VIH involucra la integración de este grupo poblacional a los servicios disponibles. Por esto se ha establecido que en nuestro país, los migrantes deben tener acceso a servicios sanitarios relacionados con el VIH y otras ITS, que sean de calidad y libres de estigma y discriminación; una de las acciones prioritarias se enfoca en promover la coordinación con las instancias correspondientes para la atención de personas migrantes que viven con VIH, con perspectiva de derechos humanos (*Programa de Acción Específico Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras Infecciones de Transmisión Sexual 2020-2024*, 2021).

La Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH, publicada el 29 de septiembre de 2021, establece que a partir del ingreso y durante el tiempo en que las personas migrantes se encuentren en territorio nacional e informen que son portadoras de VIH o sida, deberán ser manejadas y canalizadas al servicio de atención más cercano para personas que viven con VIH. Esto de acuerdo con la ruta de tránsito en que se encuentren, siguiendo el flujograma de atención del paciente migrante y las recomendaciones de manejo antirretroviral establecidas en la guía (*Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH*, 2021). Esto se materializa en que, de acuerdo con la plataforma de SALVAR, en México se tienen documentados oficialmente un total de 569 personas con estatus “migrante” siendo atendidos por la secretaría de salud.

Tomando en cuenta que este grupo vulnerable de la población está en aumento en México, es muy importante enfocar los esfuerzos hacia la eliminación de las barreras que dificultan el óptimo uso de los servicios para VIH e ITS, delimitados en el flujograma de atención mencionado, y asegurar que su prestación contribuya a la reducción de la desigualdad, el estigma y la discriminación de la cual puedan ser objeto.

Referencias:

Bygrave H, Kranzer K, Hilderbrand K, Whittall J, Jouquet G, et al. (2010). Trends in Loss to Follow-Up among Migrant Workers on Antiretroviral Therapy in a Community Cohort in Lesotho. *Plos ONE*, *5*(10). Retrieved 14 November 2021, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2951905/pdf/pone.0013198.pdf

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida / Secretaría de Salud. (2021). *Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH* [Ebook] (11th ed.). Retrieved 15 November 2021, from https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/670762/Guia_ARV_2021.pdf.

CONAPO. (2015). Proyecciones de la Población de México, 2010-2015. Disponible en: Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos.

Leyva Flores, R., Infante, C., Serván-Mori, E., Quintino, F., & Silverman-Retana, O. (2015). Migrantes centroamericanos en tránsito por México: Situación de salud y acceso a servicios de salud. Policy Brief. Cuernavaca. México: INSP.

Leyva Flores, R., Charvel Orozco, S., & Infante Xibillé, C. (2018). *Migración, VIH y acceso a servicios de salud en México* [Ebook] (1st ed.). Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. Retrieved 15 November 2021, from https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/498523/Migraci_n_y_VIH_2019_No14.pdf.

Martínez-Donate, A. P., Rangel, M. G., Hovell, M. F., Santibáñez, J., Sipan, C. L., & Izazola, J. A. (2005). HIV infection in mobile populations: the case of Mexican migrants to the United States. Pan American Journal of Public Health, 17(1), 26-29.

Organización Internacional para las Migraciones. (2020). *Migración y Salud en el Marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible* [Ebook]. Retrieved 15 November 2021, from https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/our_work/DMM/Migration-Health/mhd_position_paper_sdgs_02.09.2020_es.pdf.

Secretaría de Salud. (2021). *Programa de Acción Específico Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras Infecciones de Transmisión Sexual 2020-2024* [Ebook]. Retrieved 14 November 2021, from https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626763/Programa_de_Acci_n_Espec_fico_VIH_ITS2020-2024.pdf.

Tanser, F., Bärnighausen, T., Vandormael, A., & Dobra, A. (2015). HIV treatment cascade in migrants and mobile populations. *Current Opinion In HIV And AIDS*, *10*(6), 430-438. https://doi.org/10.1097/coh.0000000000000192

UNAIDS. (2021). *CONFRONTING INEQUALITIES Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS* [Ebook]. Retrieved 23 November 2021, from https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2021-global-aids-update_en.pdf.

Atención en Salud Mental para las Personas Viviendo con VIH

En el marco del día mundial de la salud mental, conmemorado el pasado 10 de octubre, se busca dar visibilidad a la importancia de incluir a la salud mental como elemento fundamental para lograr un estado de salud integral, a través de la realización de acciones mediante las cuales se priorice la reducción de la brecha de atención de la salud mental para todos.

A pesar de que en el mundo aproximadamente 1 de cada 10 personas sufre un trastorno de salud mental, y de que, en muchos países de bajo ingreso, alrededor de 75% de las personas que los padecen, carecen de acceso a los servicios de salud apropiados, solo el 1% del personal de salud a nivel mundial presta los servicios que se requieren para darles atención (World Health Organization, 2008a) (World Health Organization, 2010).

En lo que se refiere a las personas viviendo con VIH (PVV), el aumento progresivo de la expectativa de vida ha llevado a que se le preste mayor atención al impacto de enfermedades no transmisibles como la enfermedad cardiovascular o cáncer (World Health Organization,2013), dejando de lado el estudio de la carga de salud mental. A pesar de esto, diversos estudios muestran que los problemas de salud mental afectan la calidad de vida, hacen que las personas dejen de buscar atención en salud, que no sigan el tratamiento adecuadamente y que no hagan uso de los servicios disponibles (Abas et al., 2014) ("Better integration of mental health and HIV services needed", 2018).

Distintos grupos de PVV, muestran aumentos importantes en las prevalencias de estos desórdenes, comparado con la población general. Por ejemplo, una investigación llevada a cabo en diversos países encontró que el 15% de los adultos y 25% de los adolescentes viviendo con VIH viven con depresión o se sienten abrumados ("Better integration of mental health and HIV services needed", 2018), y otros estudios, han encontrado que las PVV presentaban una prevalencia de 36% de depresión mayor, 15.8% de trastorno de ansiedad generalizada, y entre 21 y 71% de trastorno por consumo de sustancias (Gaynes et al., 2008).

Adicionalmente, las PVV pueden sufrir también de efectos directos en el sistema nervioso central, que pueden causarles complicaciones neuropsiquiátricas, como son la encefalopatía por VIH, depresión, manía, trastorno cognitivo y demencia franca (*Reunión VIH/SIDA y salud mental*, 2008).

Sin embargo, hay posibilidades de afrontar este problema. Específicamente en países de bajo y mediano ingreso, los trabajadores de la salud no

especializados en salud mental pueden realizar intervenciones psicológicas eficaces y basadas en evidencia, como la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal o la terapia de resolución de problemas para afecciones de salud mental comunes (*Reunión VIH/SIDA y salud mental*, 2008). En este sentido, se ha identificado que la integración de la salud mental en la atención de salud en el primer nivel es una de las formas más viables de cerrar la brecha de tratamiento de las enfermedades mentales no tratadas (World Health Organization, 2008).

Esto puede lograrse formando al personal sanitario general en la identificación, el tratamiento (farmacológico y no farmacológico) y la derivación adecuada de los casos de salud mental a través de protocolos claros para la toma de decisiones clínicas. Una herramienta para esto se encuentra en las directrices del Programa de Acción para Superar la Brecha en Salud Mental (mhGAP) y en la guía de intervención del Programa de Acción para Superar la Brecha en Salud Mental (mhGAP-IG) (Lancet Global Mental Health Group, 2007) (World Health Organization, 2010).

Tomando en cuenta la evidencia disponible, se considera que podrían transferirse estas habilidades a los proveedores de atención del VIH como parte de un programa integrado de atención, dada la utilidad de la herramienta de mhGAP, se ha decidido conformar una red nacional de facilitadores entrenados en la GI-mhGAP, para la capacitación de proveedores nacionales especializados en salud mental en el primer nivel de atención, y que se formen como recursos de información y asesoría para dichos prestadores de atención.

Al menos 528 trabajadores de la salud del programa de VIH y VHC forman parte de la 4ta generación de esta red nacional de facilitadores de la GI-mhGAP, en capacitación actualmente. Esto se lleva a cabo través de la impartición de un curso en línea titulado “Identificación y atención temprana de problemas de salud mental a través de la GI-mhGAP”. Este curso consiste en sesiones con expertos, formación de facilitadores y asesores y la planeación para la implementación, monitoreo y supervisión de la GI-mhGAP en primer nivel de atención.

Aunque todavía tenemos un largo camino por recorrer, este es un primer paso para materializar la atención a la salud mental de la población. No hay bienestar sin salud mental; por lo que, haciendo eco del lema del día mundial de la salud mental 2021, es necesario que hagamos realidad la atención de salud mental para todos.

Referencias:

- Abas, M., Ali, G., Nakimuli-Mpungu, E., & Chibanda, D. (2014). Depression in people living with HIV in sub-Saharan Africa: time to act. *Tropical Medicine & International Health*, *19*(12), 1392-1396. https://doi.org/10.1111/tmi.12382

- *Better integration of mental health and HIV services needed*. Unaids.org. (2018). Retrieved 20 November 2021, from https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2018/october/mental-health-and-hiv-services.

- Gaynes BN, Pence BW, Eron JJ Jr, Miller WC (2008). Prevalence and comorbidity of psychiatric diagnoses based on reference standard in an HIVR patient population. Psychosom Med 2008; 70:505–511.

- *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. Iris.paho.org. (2018). Retrieved 5 November 2021, from https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071.

- Lancet Global Mental Health Group (2007). Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet, 370,1241-52.

- Mayston R, Kinyanda E, Chishinga N, Prince M, Patel V. Mental disorder and the outcome of HIV/AIDS in low-income and middle-income countries: a systematic review. AIDS (London, England). 2012;26 Suppl 2:S117–35.

- Nakimuli-Mpungu E, Bass JK, Alexandre P, Mills EJ, Musisi S, Ram M, et al. Depression, alcohol use and adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: a systematic review. AIDS Behav. 2012;16(8):2101–18.

- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Reunión VIH/SIDA y salud mental (Consejo Ejecutivo 124a Punto 4.3 del orden del día provisional)* [Ebook]. Retrieved 20 November 2021, from https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf.

- World Health Organization (2008a). Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. WHO: Geneva.

- World Health Organization/Wonca (2008b). Integrating mental health into primary care A global perspective Geneva: World Health Organization. World Health Organization. WHO AIMS.

- World Health Organization (2010). Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme(mhGAP). WHO: Geneva
- but too little
- World Health Organization (2013). Investing in Mental Health: Evidence for Action. WHO: Geneva

PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DEL VIH Y SÍFILIS EN LA SECRETARÍA DE SALUD

En el **tercer trimestre del 2021*** con la normalización de algunas actividades en el país, hubo un **aumento** en el número de pruebas de VIH aplicadas, de **22.6%** con respecto al mismo periodo el año 2020 (3er trim. 2021: 1,038,226, 3er trim. 2020: 846,649). Para el caso de sífilis también hubo un **aumento** de **28.9%** (3er trim. 2021: 928,377, 3er trim. 2020: 720,020). Fig. 4

Fig. 3 Pruebas para la detección de VIH y sífilis aplicadas por la Secretaría de Salud, 2010-2020

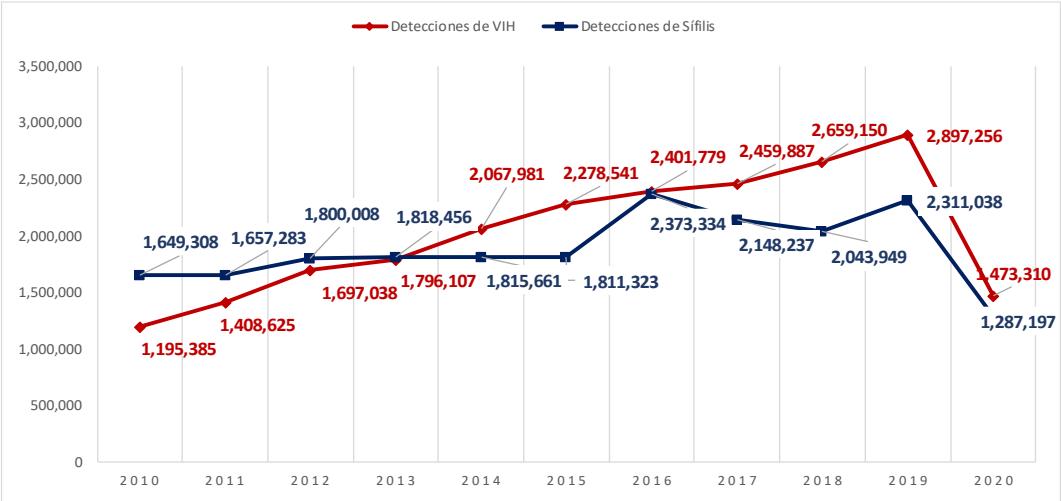
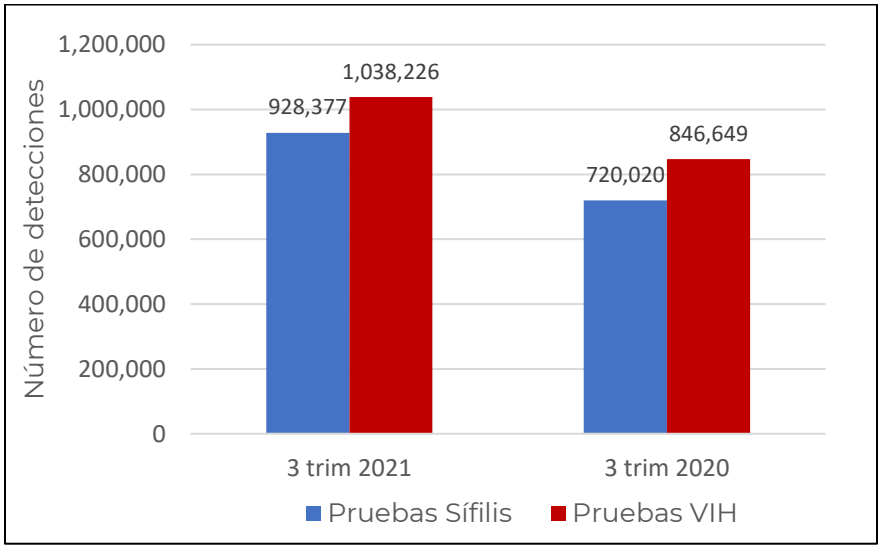


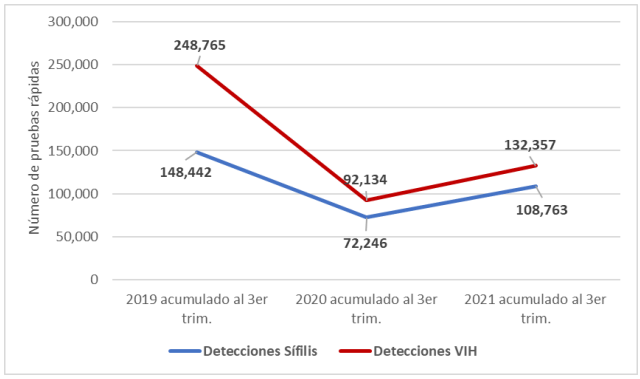
Fig. 4 Pruebas para la detección de VIH y sífilis aplicadas por la Secretaría de Salud, tercer trimestre 2020-2021



*Fuente: SS/DGIS. Consolidado SINBA- PLIISA. Detecciones de VIH y sífilis realizadas por el Programa Nacional de VIH, sida e ITS. Datos definitivos 2010-2019, **datos preliminares 2020 y acumulado al tercer trimestre 2021**. Consultado 15 de octubre del 2021.

Fig. 5. Pruebas para la detección de VIH y sífilis realizadas en los servicios especializados en VIH y otras ITS, 2010– 2020

Fig 6. Pruebas para la detección de VIH y sífilis aplicadas en servicios especializados. tercer trimestre 2021



Fuente: SS/DGIS. Consolidado SINBA- PLIISA. Detecciones de VIH realizadas por el Programa Nacional de VIH, sida e ITS. Datos definitivos 2010-2019, **datos preliminares 2020 y tercer trimestre 2021**. Consultado 15 de octubre 2021.

En el tercer trimestre del 2021, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) tuvieron la cifra más elevada de porcentaje de detecciones positivas al VIH (14.97%), otros grupos afectados por la epidemia del VIH tuvieron los siguientes porcentajes: población TTTI (transexual, transgénero, travesti e intersexual) 8.35%, personas que se inyectan drogas 3.10%, hombres que se dedican al trabajo sexual 6.21% y las mujeres que realizan trabajo sexual 0.61% y (Cuadro 1).

Cuadro 1. Proporción detecciones positivas a VIH por grupo de población, 2010-2021

Unidades medicas/especializado	Nacional VIH Porcentaje de pruebas para detección del VIH positivas											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (3er trim.)
Detecciones en capasits y SAIH												
Hombres Heterosexuales	5.2	4.5	6.8	1.6	4.3	2.5	2.6	3.1	3.2	2.9	5.5	6.48%
Mujeres Heterosexuales	3.2	2.9	2.7	1.9	1.8	1.1	1.5	1.6	1.6	1.4	2.5	2.65%
Mujeres embarazadas	0.5	0.6	0.7	0.7	0.7	0.3	0.7	4.1	3.0	1.8	1.2	1.36%
Hombres que tienen sexo con hombres	18.6	15.4	18.8	16.9	13.2	12.1	12.1	11.9	12.2	11.4	13.7	14.97%
Hombres Trabajadores Sexuales	6.4	3.6	1.7	5.5	2.1	2.9	2.3	5	5.2	4.3	5.8	6.21%
Mujeres Trabajadores Sexuales	0.8	0.4	0.9	0.4	0.8	0.4	1.6	0.7	0.4	0.5	0.6	0.61%
Personas que se inyectan drogas					38.6	48.8	3.2	1	1.7	2.9	3.5	3.10%
Población TTTI							3.4	5	8.6	4.7	8.4	8.35%
Detecciones en otras unidades médicas												
Hombres	3.6	5.1	3.2	2.5	2.5	2.3	1.8	1.7	2	1.2	2	1.99%
Mujeres	0.7	0.5	0.9	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.5	0.53%
Mujeres embarazadas	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2	0.4	0.1	0.3	0.2	0.8	
Todas las Unidades												
Mujeres embarazadas	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2	0.4	0.3	0.4	0.3	0.9	0.48%

Fuente: SS/DGIS. Consolidado SINBA- PLIISA. Detecciones de VIH realizadas por el Programa Nacional de VIH, sida e ITS. Datos preliminares 2020 y acumulado a octubre 2021

COBERTURA DE LA DETECCIÓN DEL VIH EN MUJERES EMBARAZADAS

TERCER trimestre, 2021

Cuadro 2. Cobertura de tamizaje de VIH en mujeres embarazadas

Entidad Federativa	Detecciones de VIH en embarazadas (Reactivas y No Reactivas primera vez) *	Control prenatal ~	% Cobertura
Aguascalientes	5,170	8,472	61.0%
Baja California	9,280	13,140	70.6%
Baja California S	2,461	3,134	78.5%
Campeche	4,663	5,144	90.6%
Coahuila	4,287	8,304	51.6%
Colima	4,479	2,808	100.0%
Chiapas	21,745	38,624	56.3%
Chihuahua	11,054	12,751	86.7%
Ciudad de Méxic	S.D.	22,314	S.D.
Durango	2,241	6,215	36.1%
Guanajuato	32,889	35,070	93.8%
Guerrero	13987	19,718	70.9%
Hidalgo	12,137	12,920	93.9%
Jalisco	24,434	26,494	92.2%
Estado de Méxic	37,011	77,042	48.0%
Michoacán	15,149	23,348	64.9%
Morelos	8,474	9,279	91.3%
Nayarit	3789	4,736	80.0%
Nuevo León	10,996	15,062	73.0%
Oaxaca	3,997	16,410	24.4%
Puebla	10,149	22,985	44.2%
Querétaro	9,169	13,740	66.7%
Quintana Roo	6,759	8,641	78.2%
San Luis Potosí	9,701	11,121	87.2%
Sinaloa	5,050	12,251	41.2%
Sonora	5,603	12,354	45.4%
Tabasco	9,694	16,970	57.1%
Tamaulipas	8,678	13,953	62.2%
Tlaxcala	3,140	1,675	100.0%
Veracruz	19,014	35,768	53.2%
Yucatán	6,859	11,752	58.4%
Zacatecas	3,817	9,508	40.1%
Nacional	**325,876**	**531,703**	**61.3%**

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de Servicios otorgados. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS. Fecha de consulta: 29 de octubre del 2021. Información preliminar

* Variables utilizadas: 079 VIH en mujer embarazada (detecciones Pruebas Rápidas Inmunocromatografía). Filtro: Reactivas y No Reactivas primera vez. / Mes: Ene-Sep 2021. Consulta 29 octubre 2021

~ Variable utilizada: 024 Consulta embarazo trimestre gestacional. Filtro: Primera vez 1°, 2° y 3° trimestre gestacional / Mes: Ene - Sep 2021. Consulta 29 octubre 2021

Nota: Ciudad de México aparece sin registros en el SIS, no necesariamente significa que no hayan realizado detecciones, pudo deberse a movimientos en las variables de la plataforma, por lo que no hay registros y no se puede calcular la cobertura. Se sugiere interpretar los resultados con reserva ya que, existe un subregistro importante de información en el SIS. Es importante señalar que en algunas ocasiones a las mujeres se les puede realizar más de una prueba en el primer trimestre gestacional.

Detección de sífilis en mujeres embarazadas,

TERCER trimestre, 2021

Cuadro 3. Cobertura de tamizaje de Sífilis en embarazadas

Entidad Federativa	Detecciones de Sífilis en embarazadas (Reactivas y No Reactivas primera vez) *	Control prenatal ~	% Cobertura
Aguascalientes	5,063	8,472	59.8%
Baja California	9,247	13,140	70.4%
Baja California Sur	2,138	3,134	68.2%
Campeche	4,366	5,144	84.9%
Coahuila	3,749	8,304	45.1%
Colima	3331	2808	100%
Chiapas	19,073	38,624	49.4%
Chihuahua	10,820	12,751	84.9%
Ciudad de México	S.D	22,314	S.D
Durango	2,164	6,215	34.8%
Guanajuato	32,550	35,070	92.8%
Guerrero	12648	19,718	64.1%
Hidalgo	12,129	12,920	93.9%
Jalisco	23,011	26,494	86.9%
Estado de México	33,318	77,042	43.2%
Michoacán	15,109	23,348	64.7%
Morelos	4,962	9,279	53.5%
Nayarit	3786	4,736	79.9%
Nuevo León	11,323	15,062	75.2%
Oaxaca	3,168	16,410	19.3%
Puebla	7,614	22,985	33.1%
Querétaro	9,049	13,740	65.9%
Quintana Roo	6,538	8,641	75.7%
San Luis Potosí	9,987	11,121	89.8%
Sinaloa	4,586	12,251	37.4%
Sonora	4,612	12,354	37.3%
Tabasco	7,140	16,970	42.1%
Tamaulipas	6,701	13,953	48.0%
Tlaxcala	2,812	1,675	100.0%
Veracruz	14,870	35,768	41.6%
Yucatán	5,622	11,752	47.8%
Zacatecas	3,354	9,508	35.3%
Nacional	**294,840**	**531,703**	**55.5%**

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de Servicios otorgados. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS. Fecha de consulta: 29 octubre 2021. Información preliminar

* Variable utilizada: 267 Detecciones. Filtro: Sífilis Mujer Embarazada Reactivas y No reactivas primera vez / Mes: Ene - Sep 2021. Consulta 29 octubre 2021~ Variable utilizada: 024 Consulta embarazo trimestre gestacional. Filtro: Primera vez 1°, 2° y 3° trimestre gestacional / Mes: Ene - Sep 2021. Consulta 29 octubre 2021

Nota: Ciudad de México aparece sin registros en el SIS, no necesariamente significa que no hayan realizado detecciones, pudo deberse a movimientos en las variables de la plataforma, por lo que no hay registros y no se puede calcular la cobertura. Se sugiere interpretar los resultados con reserva ya que, existe un subregistro importante de información en el SIS. Es importante señalar que en algunas ocasiones a las mujeres se les puede realizar más de una prueba en el primer trimestre gestacional.

TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH.

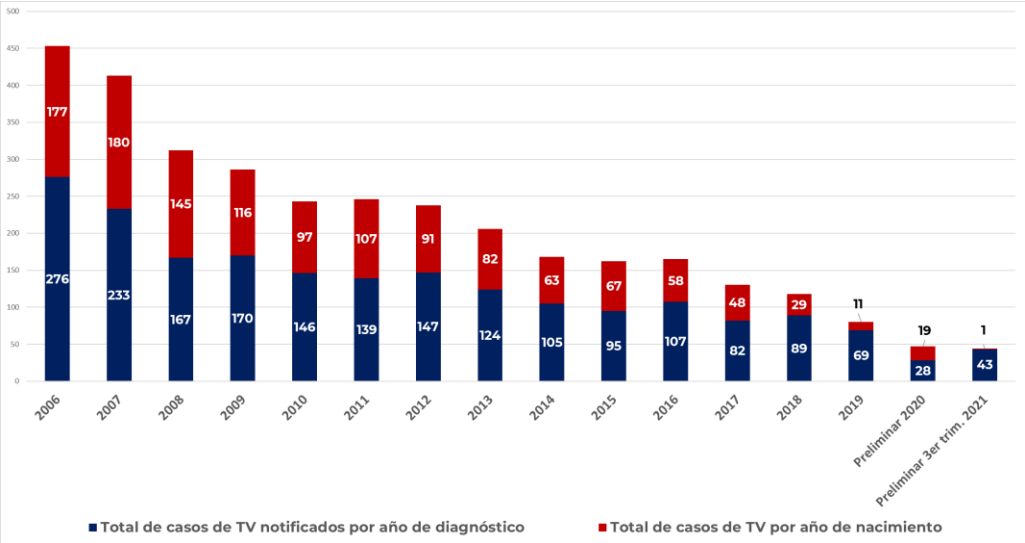
La adquisición de la infección por VIH en el niño acorta la esperanza de vida potencialmente, e implica un enorme costo humano, social y económico. En el caso de la sífilis, es un padecimiento curable cuyo tratamiento es altamente costo efectivo, cuando es detectado y tratado en forma oportuna.

México, como Estado Miembro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) asumió el compromiso de impulsar la eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH y la sífilis congénita. Como parte de esta estrategia, se mencionan dos acciones puntuales vinculadas a la prevención primaria y secundaria en mujeres; así como a la prevención vertical:

- Fortalecer la detección oportuna de ITS, para evitar su propagación y prevenir complicaciones graves en la población afectada, especialmente en el caso de mujeres embarazadas.
- Promover la detección primaria y secundaria del VIH especialmente en mujeres considerando todas sus diversidades, contextos y ciclo de vida, que integre a las adolescentes e incluya la prevención de la transmisión perinatal del virus en el marco de derechos sexuales y derechos reproductivos.

Actualmente se tienen hasta el 3er trimestre del 2021 un total de 44 casos acumulados de Transmisión Vertical de VIH, 9 de los cuales fueron detectados en el transcurso del trimestre.

Fig. 7. Casos de transmisión vertical del VIH, ajustados por año de nacimiento 2006-2021



Nota: La información es preliminar. Incluye a todas las instituciones de salud Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH y sida. *Información preliminar corte al 30 de septiembre de 2021.

Para prevenir la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis congénita, el pilar fundamental es la detección en las mujeres embarazadas desde la primera consulta de atención prenatal. De acuerdo con las metas internacionales, la cobertura de detección en mujeres embarazadas debería ser igual o superior al 95%. Sin embargo, en México en los últimos años, ha estado alrededor del 60%.

Hasta el 3er trimestre del 2021 se han realizado 325,876 pruebas de tamizaje de VIH y 294,840 pruebas de tamizaje de sífilis en mujeres embarazadas. Resaltando una cobertura a nivel nacional de detección en mujeres embarazadas del 61.3% con respecto a VIH y a Sífilis una cobertura del 55.5%. Además, se han reportado 382 mujeres embarazadas que viven con VIH, de las cuales 338 (88.4%) se encuentran con carga viral suprimida después de 30 días de tratamiento antirretroviral.

Existe un gran reto en incrementar la cobertura de detección de mujeres embarazadas en el país, ya que esto permite dar tratamiento profiláctico oportuno a toda mujer que resulte positiva, brindado tratamiento profiláctico al recién nacido, disminuyendo el riesgo de infección.

La pandemia por COVID-19, ha contribuido en que disminuya la cobertura de detección de mujeres embarazadas, probablemente por miedo de contagio en las usuarias, de acudir a los servicios de atención en sus comunidades.

Es por ello por lo que es necesario reforzar acciones de búsqueda intencionada de mujeres embarazadas en todo el país.

Con relación a los niños, niñas y adolescentes que viven con VIH, hasta el tercer trimestre del 2021 hay 1648 personas menores a 18 años en la República Mexicana. Además, en lo referente a adolescentes menores de 14 años viviendo con VIH, se tienen registrados 1,275, de los cuales 670 (52.5%) son hombres y 605 (47.5%) son mujeres. El 5.7% de estos niños se encuentran en falla terapéutica. Con relación a este último punto, es importante mencionar que en este trimestre se distribuyó a los programas estatales dolutegravir de 10 mg, lo cual esperamos que ayude a disminuir la proporción de niños con carga viral detectable.

Nuevos casos en 2021

(SALVAR)

Fig. 8. Nuevas detecciones en hombres por grupo de edad. México, 2021.

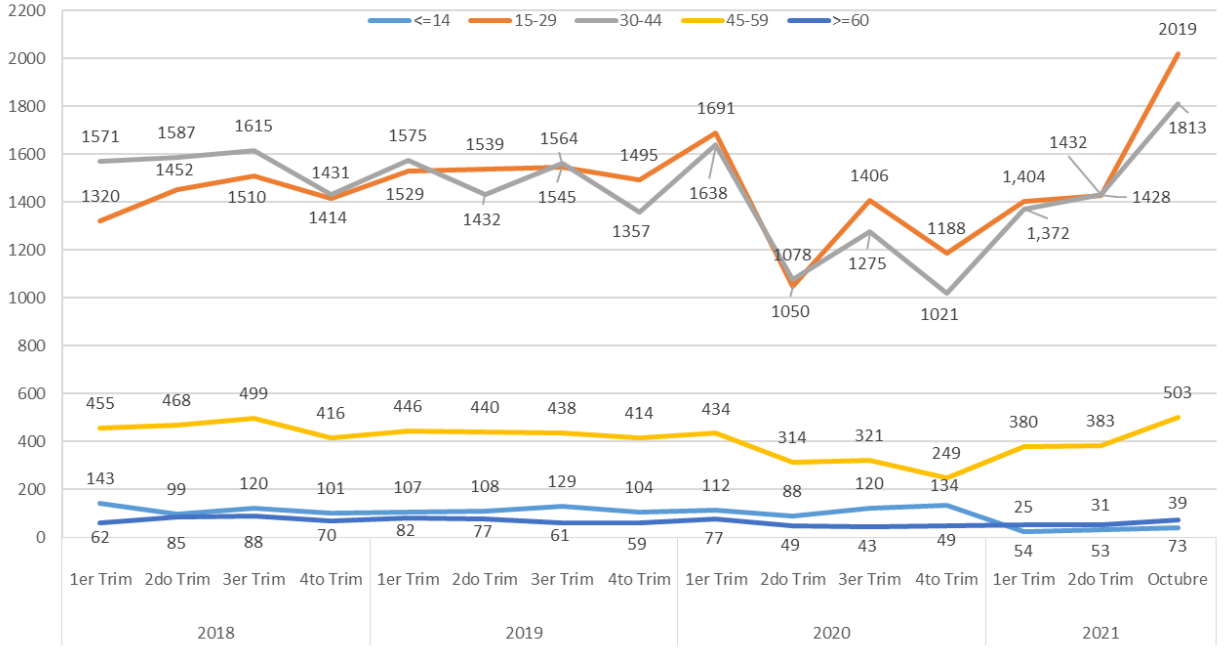
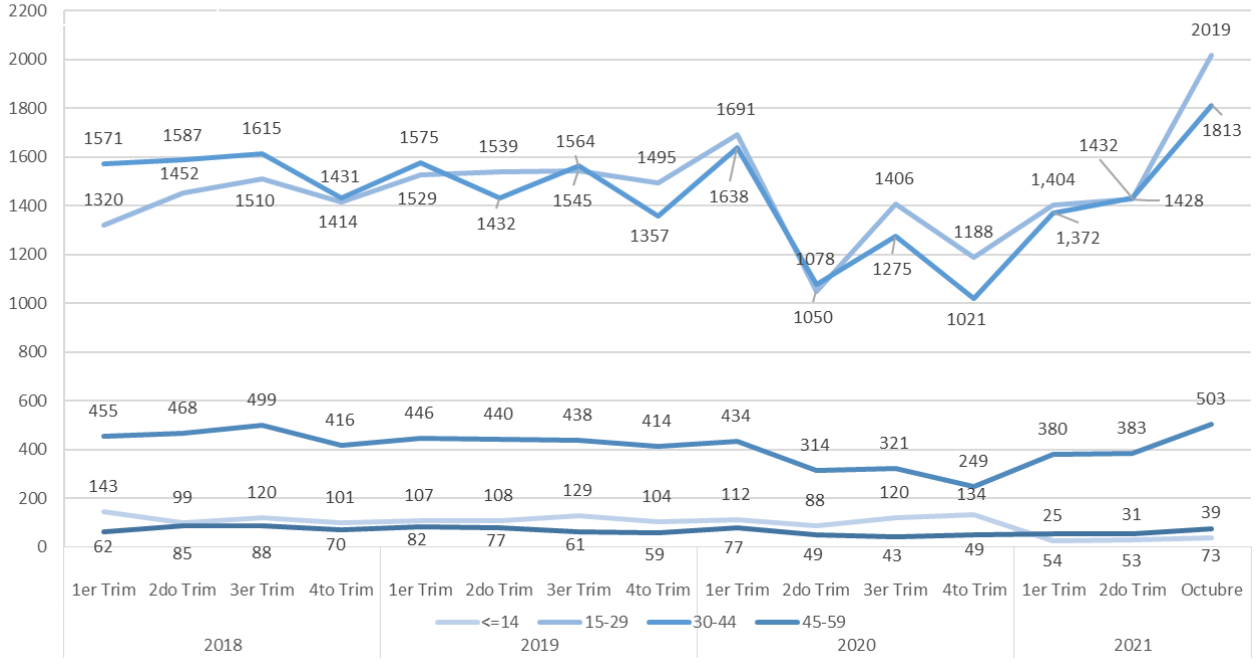


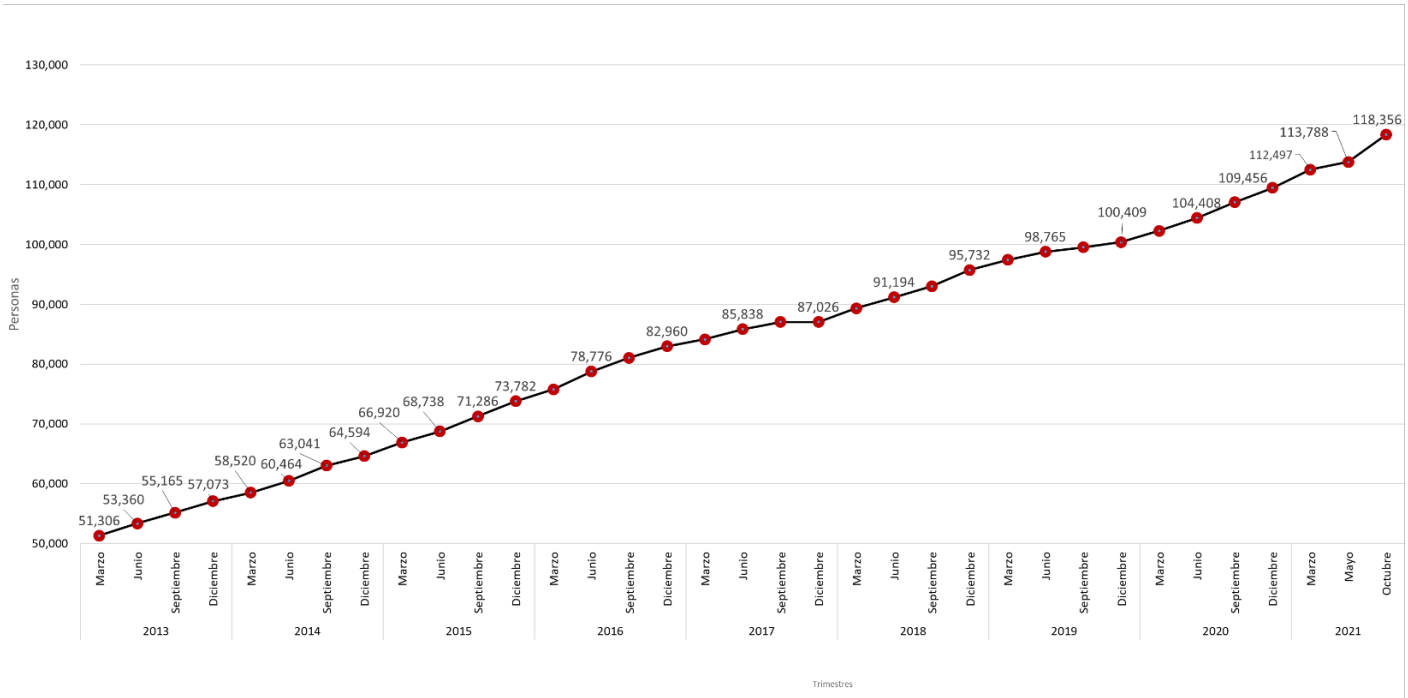
Fig. 9. Nuevas detecciones en hombres por grupo de edad. México, 2021.



PERSONAS EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TAR)

Hasta octubre del 2021 se registraron 118,356 personas en TAR con estatus activo en la plataforma SALVAR de la Secretaría de Salud.

Fig. 10. Número de personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral con estatus activo por trimestre



Cuadro 4. Personas en TAR por lugar de atención y razón hombre: mujer. México, 2021.

ENTIDAD	TOTAL	RAZÓN HOMBRE:MUJER
AGUASCALIENTES	752	5
BAJA CALIFORNIA	3,808	3
BAJA CALIFORNIA SUR	672	3
CAMPECHE	1,497	3
CHIAPAS	5,874	2
CHIHUAHUA	2,452	4
CIUDAD DE MÉXICO	18,577	7
CLÍNICA DE INMUNODEFICIENCIA UNAM	56	1
COAHUILA	1,466	4
COLIMA	956	3
DURANGO	823	3
GUANAJUATO	2,738	4
GUERRERO	3,347	2
HIDALGO	1,382	4
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO	283	5
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO	133	1
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	1,274	6
INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN	1,801	9
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA	72	1
PERINATOLOGÍA	1	N/A
JALISCO	7,461	6
MÉXICO	10,083	5
MICHOACÁN	2,262	4
MORELOS	2,173	4
NAYARIT	1,081	3
NUEVO LEÓN	4,834	5
OAXACA	3,746	3
PUEBLA	4,622	4
QUERÉTARO	1,533	7
QUINTANA ROO	4,010	4
SAN LUIS POTOSÍ	1,236	3
SINALOA	1,657	4
SONORA	1,440	3
TABASCO	5,470	3
TAMAULIPAS	3,621	3
TLAXCALA	1,224	4
VERACRUZ	9,947	3
YUCATÁN	3,491	4
ZACATECAS	501	4
NACIONAL	**118,356**	**4**

Fuente: elaboración propia con información de SALVAR, 2021.

Fig. 11. Distribución porcentual (%) del sexo del paciente por entidad. México, 2021.

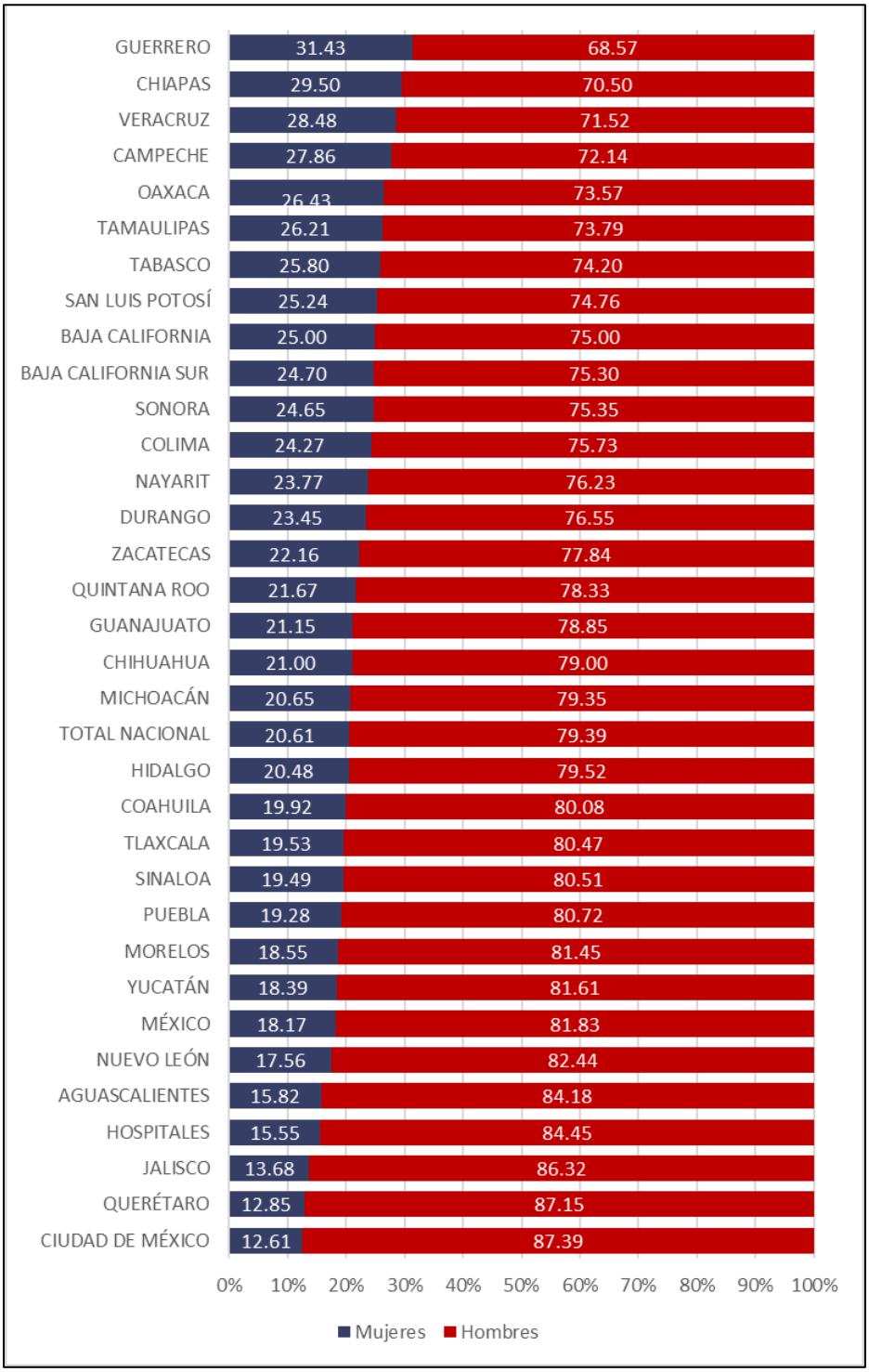


Fig. 12. Casos notificados de mujeres embarazadas viviendo con VIH en TAR en la Secretaría de la Salud, acumulado 2014-2020 y tercer trimestre 2021

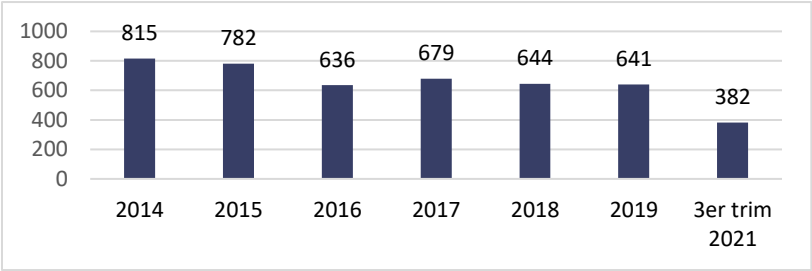
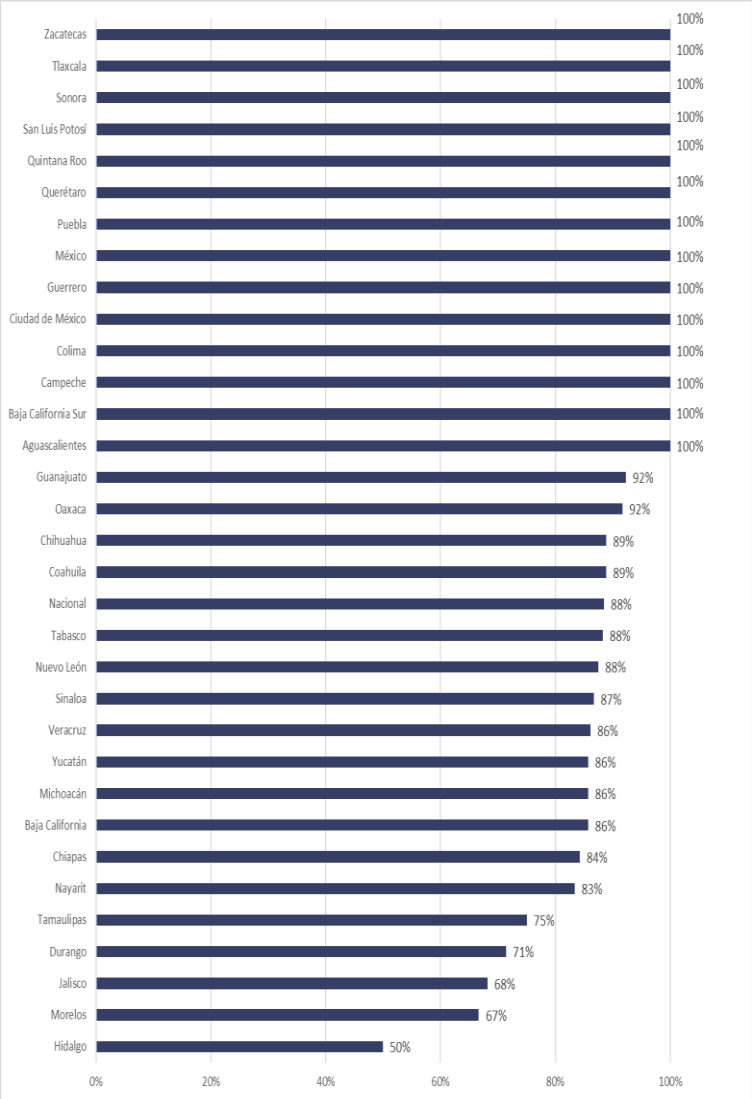


Fig. 13. Mujeres embarazadas viviendo con VIH con al menos 30 días en tratamiento antirretroviral en la Secretaría de Salud, tercer trimestre 2021 por entidad federativa. Número total y en supresión viral.

ENTIDAD	TOTAL DE MUJERES EMBARAZADAS EN TAR
Hidalgo	2
Morelos	6
Jalisco	22
Durango	7
Tamaulipas	20
Nayarit	12
Chiapas	19
Baja California	7
Michoacán	14
Yucatán	7
Veracruz	36
Sinaloa	15
Nuevo León	16
Tabasco	34
Coahuila	9
Chihuahua	9
Oaxaca	12
Guanajuato	26
Aguascalientes	1
Baja California Sur	4
Campeche	10
Colima	4
Ciudad de México	21
Guerrero	14
México	18
Puebla	15
Querétaro	4
Quintana Roo	11
San Luis Potosí	1
Sonora	4
Tlaxcala	0
Zacatecas	2
Zacatecas	2
Nacional	**382**



Porcentaje de mujeres embarazadas en TAR en supresión viral

Nota: Datos por entidad del tercer trimestre (Enero – septiembre 2021). Fuente: Base de datos de GESTAR/ SALVAR corte al 31 de septiembre 2021

Atención tardía en hombres y mujeres

Hasta el último día del mes de octubre de 2021, del total de personas que ingresaron a Secretaría de Salud (6,863), el 16.55% obtuvieron resultados de CD4 menores a 200 células/mm3, 187 correspondieron a mujeres (16.4%) y 949 a hombres (83.5%). Este indicador busca medir el estado inmunológico de las personas que viven con VIH al momento de su vinculación a los servicios de salud. La información analizada brinda un acercamiento sobre el estado inmunológico de las personas que viven con VIH al momento de llegar a la atención en las entidades.

Fig. 14. Estado inmunológico de las personas recién diagnosticadas que reciben TAR por primera vez en la entidad. Resultado de CD4. México, 2021.

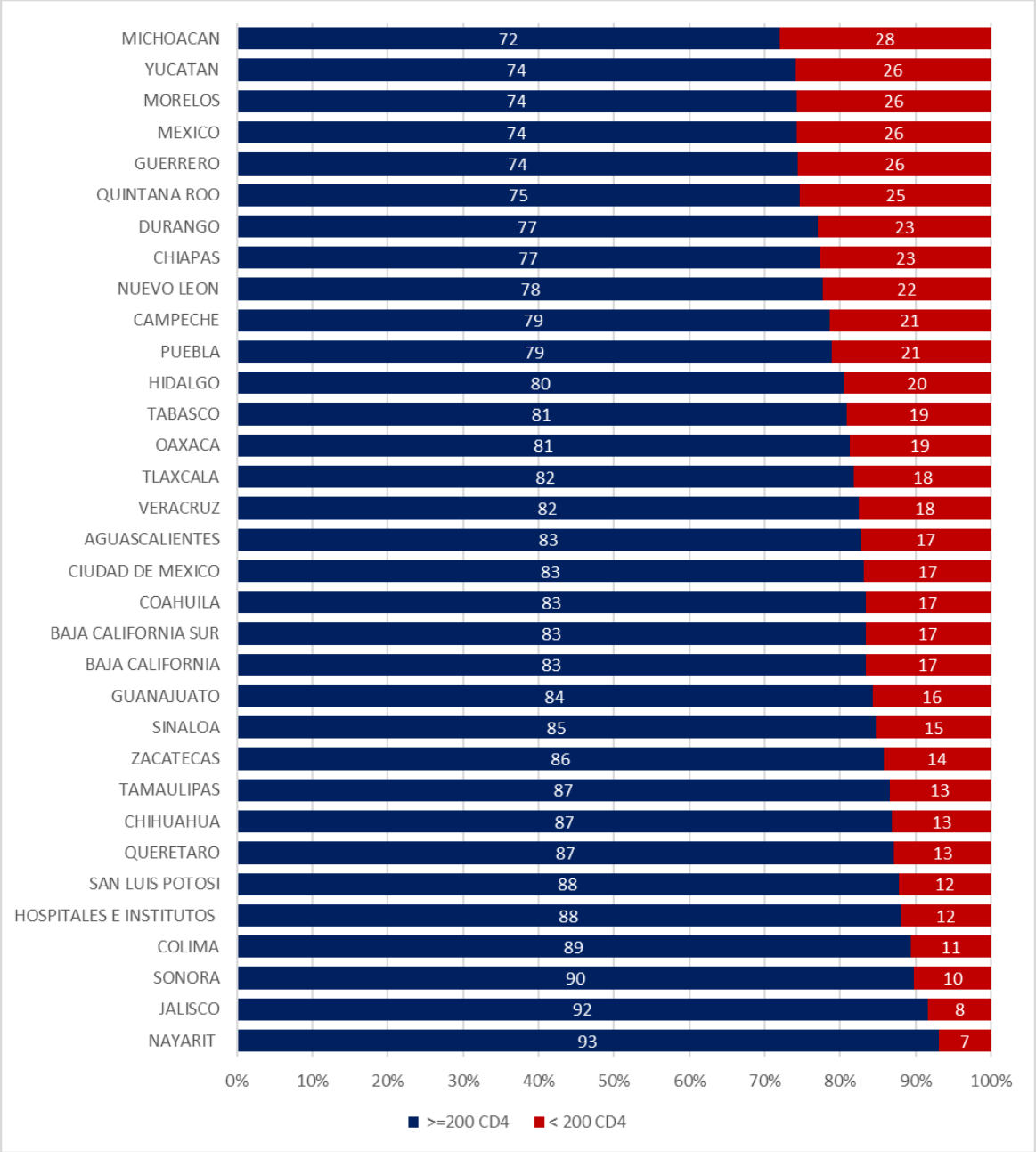
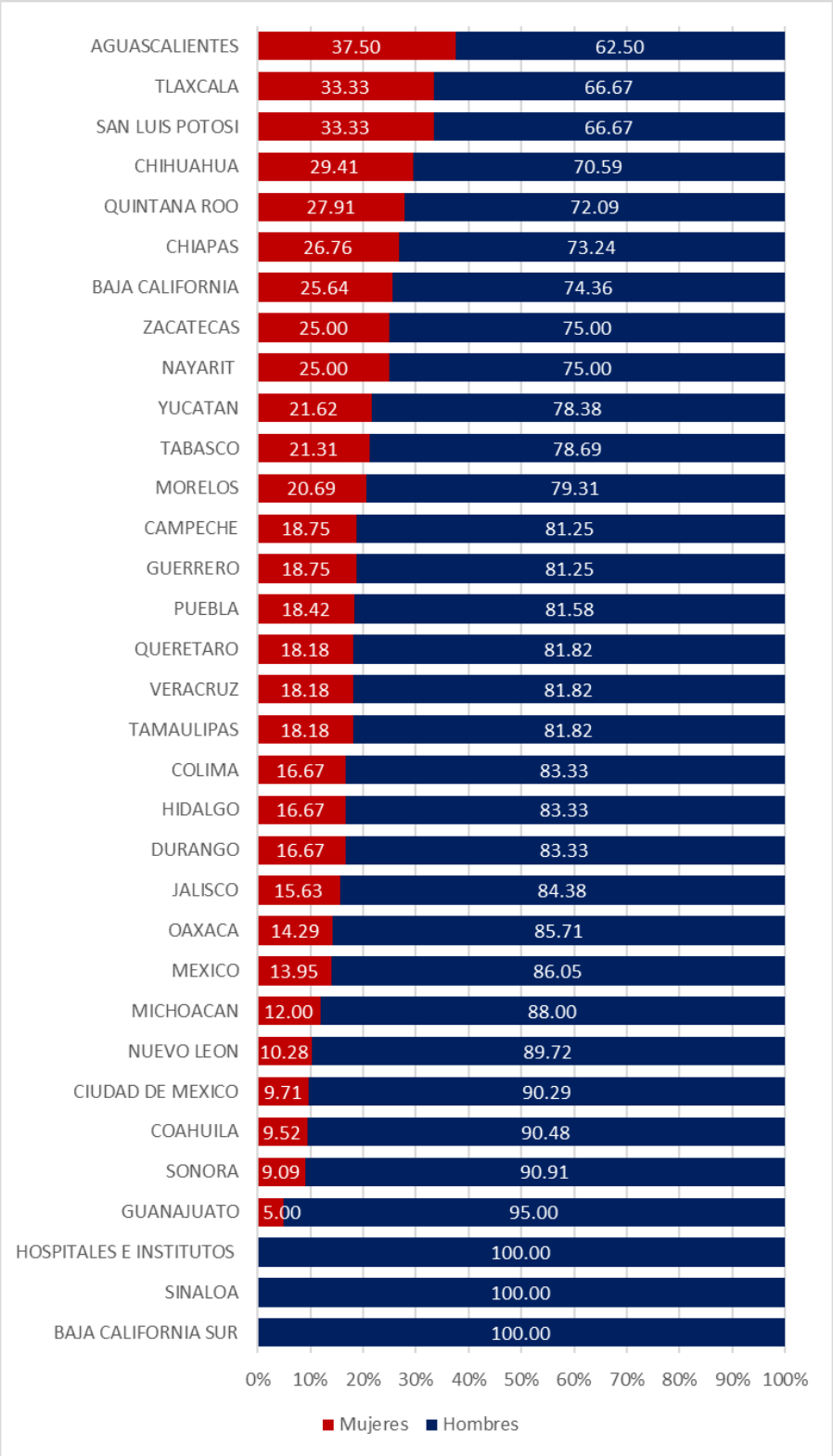


Fig. 15. Atención tardía de hombres y mujeres que viven con VIH por entidad federativa

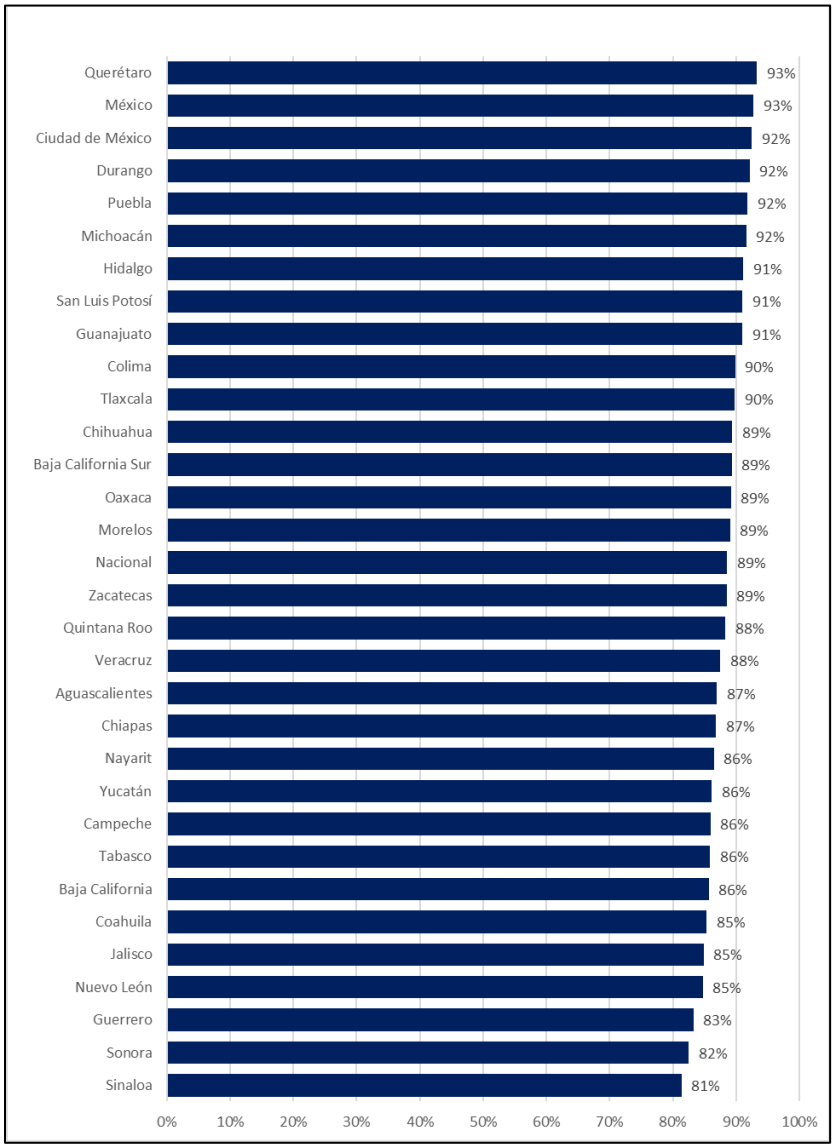


Fuente: Elaboración propia con información de base de datos SALVAR, corte al 31 de octubre de 2021.

PORCENTAJE DE INDETECTABILIDAD EN PERSONAS EN TAR*

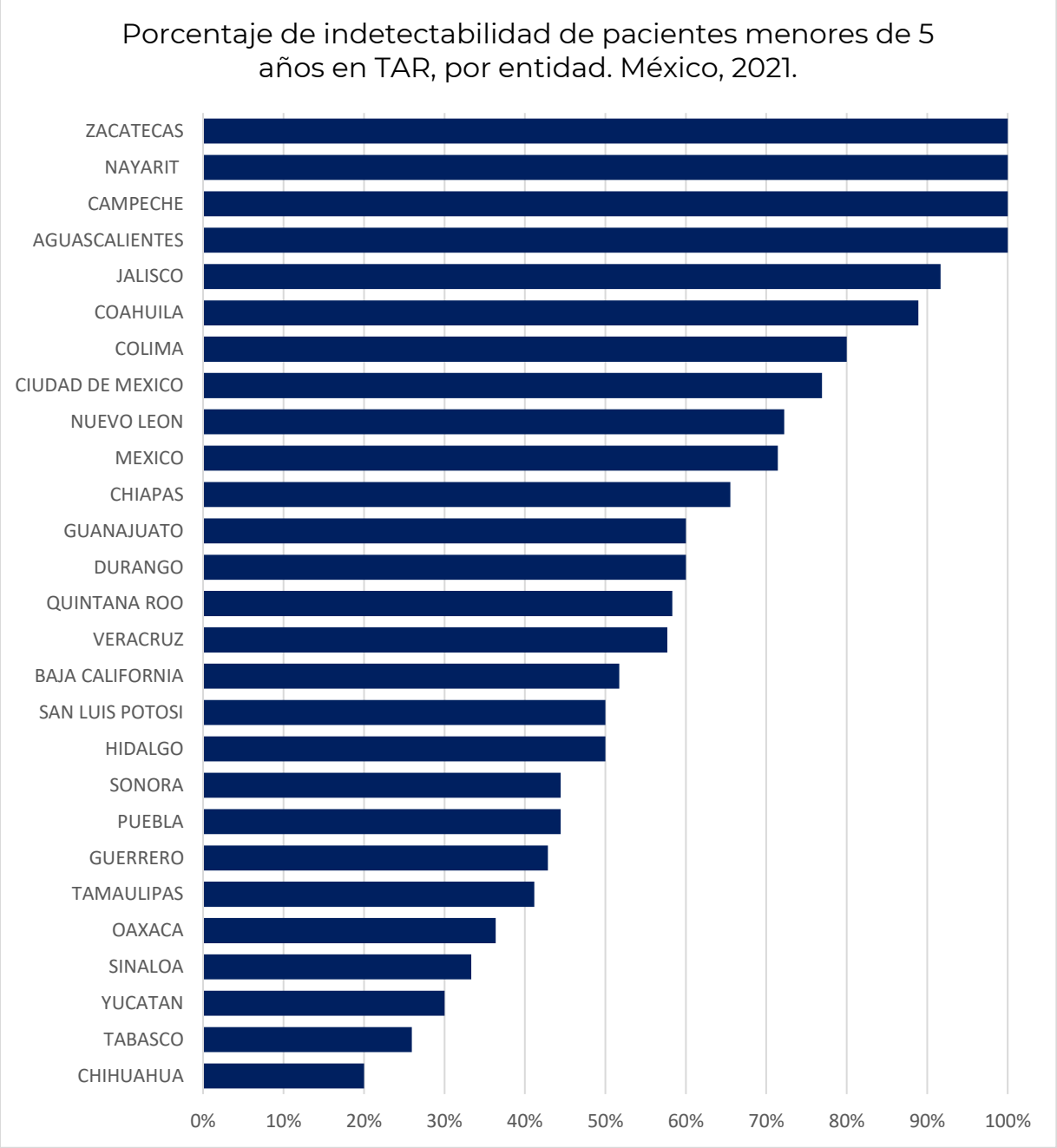
Al 31 de octubre del 2021 había 109,165 personas que viven con VIH en TAR y estatus activo. Se analizaron un total de 96,726 personas que viven con VIH en TAR con tratamiento ininterrumpido hasta 6 meses y se tomó en cuenta la fecha de realización de su carga viral más reciente. Este indicador, a diferencia del estimado en 2020, contempla exclusivamente a los pacientes que han permanecido en tratamiento de forman ininterrumpida durante 6 meses. Se encontró un porcentaje de indetectabilidad en dicha población del 88.61% a la fecha de corte (Fig.16.). *

Fig.16. Porcentaje de indetectabilidad (<50 copias/ml) de pacientes en TAR por entidad. México, 2021.



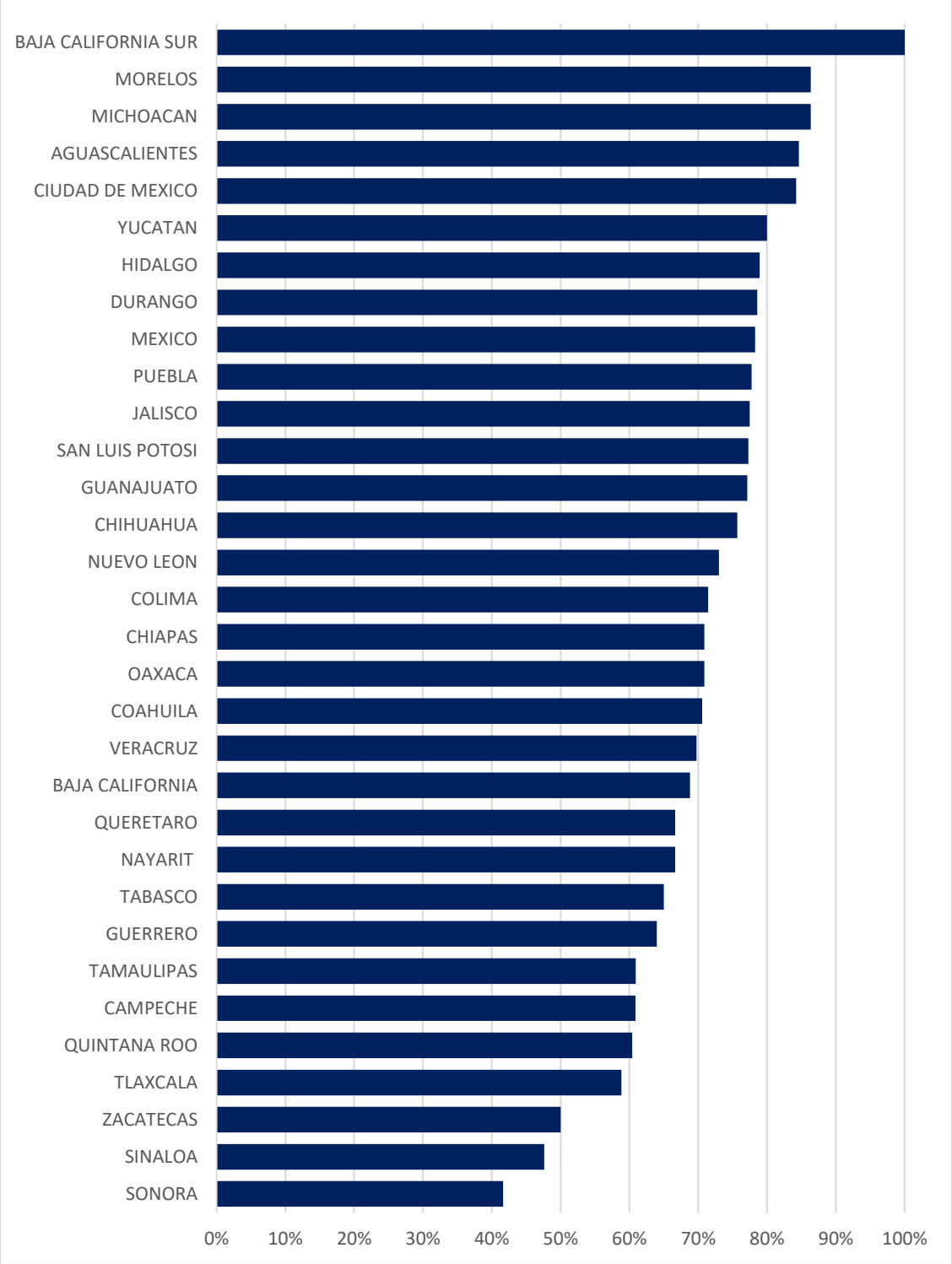
Fuente: Elaboración propia con información de base de datos SALVAR, corte al 31 de octubre de 2021.
* Es importante especificar que el universo de pruebas de seguimiento se ha espaciado debido a las medidas de distanciamiento social y protección a la población, lo cual limita el tamaño muestral.

Fig.17. Porcentaje de indetectabilidad de pacientes menores de 5 años en TAR, por entidad. México, 2021.



Fuente: Elaboración propia con información de base de datos SALVAR, corte al 31 de octubre de 2021.
* Es importante especificar que el universo de pruebas de seguimiento se ha espaciado debido a las medidas de distanciamiento social y protección a la población, lo cual limita el tamaño muestral.

Fig. 18. Porcentaje de indetectabilidad de pacientes menores de 18 años en TAR, por entidad. México, 2021.

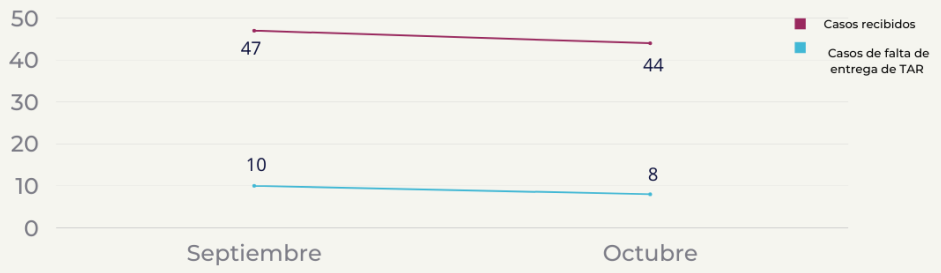


Fuente: Elaboración propia con información de base de datos SALVAR, corte al 31 de octubre de 2021.
* Es importante especificar que el universo de pruebas de seguimiento se ha espaciado debido a las medidas de distanciamiento social y protección a la población, lo cual limita el tamaño muestral.

ATENCIÓN DE SOLICITUDES VÍA CORREO

vih_covid-19@salud.gob.mx

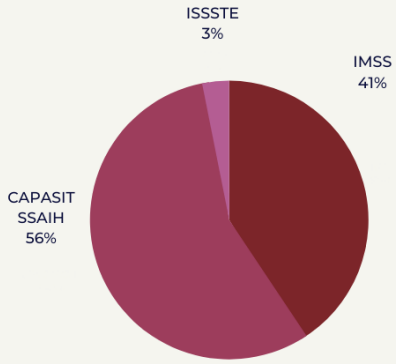
Entre el 1o de septiembre y el 31 de octubre de 2021, se recibieron y se dio seguimiento a 91 solicitudes.



SOLICITUDES POR FALTA DE ENTREGA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TAR)

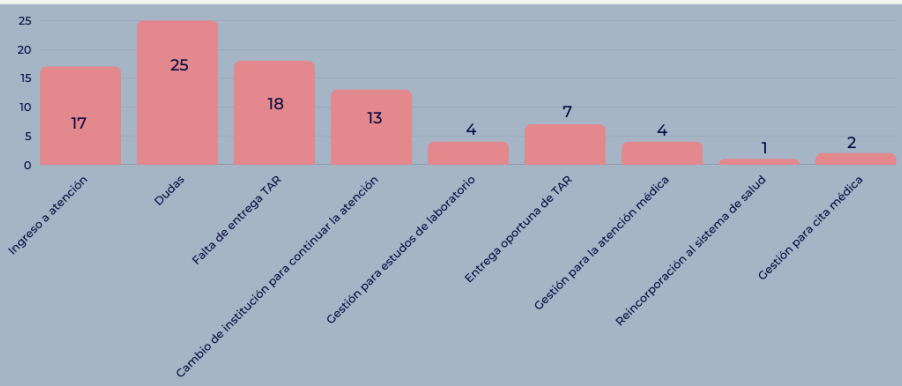
Durante el periodo de septiembre a octubre no se recibieron solicitudes por falta de entrega de tratamiento antirretroviral en unidades del CAPASITS Y SAIH.

SOLICITUD DE TRATAMIENTO POR INSTITUCIÓN



De 64 solicitudes con información completa, 13 pertenecen al IMSS; 18 a CAPASITS y SAIH; y, 1 a ISSSTE.

MOTIVO DE CONTACTO



GLOSARIO DE ABREVIATURAS

CAPASITS – Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual

CV – Carga Viral

CONASIDA— Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida

DGE – Dirección General de Epidemiología

DGIS – Dirección General de Información en Salud

HSH – Hombres que tienen Sexo con Hombres

ITS – Infecciones de Transmisión Sexual

LGBTTTI - Lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales, travestis e intersexuales

NOM – Norma Oficial Mexicana

OMS – Organización Mundial de la Salud

OPS – Organización Panamericana de la Salud

PLIISA – Plataforma Integral de Información en Salud

PVVIH – Personas que Viven con VIH

SALVAR – Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales

SAIH – Servicios de Atención Integral Hospitalaria

SARS-CoV-2—Coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave

SIDA – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SINAIS – Sistema Nacional de Información en Salud

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

SINBA – Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud

SS – Secretaria de Salud

SUIVE – Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica

TAR – Tratamiento Antirretroviral

TTTI – Travesti, Transgénero, Transexual

TV – Transmisión Vertical

CENSIDA
CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH Y SIDA

DIRECTORIO

Dirección General

Dra. Alethse De la Torre Rosas — Directora General

Dirección de Atención Integral

Dr. Daniel Bernal Serrano — Director de Atención Integral

Dr. Guillermo González Chávez — Subdirector de Coordinación Estatal

Ana Patricia Fuentes Gallardo — Subdirección de Normatividad de Apoyo Técnico

Mtra. Miriam Silva Flores — Jefa de Departamento de Coordinación Estatal

Dirección de Investigación

Lic. Tzitlalli Medina Machuca — Directora de Investigación Operativa

Mtra. Pilar Rivera Reyes — Subdirectora de Monitoreo de Indicadores

Dirección de Prevención y Participación Social

Dra. Paloma Ruiz Gómez — Subdirectora de Programas Multilaterales y Encargada de la Dirección de Prevención y Participación Social

Mtra. Paola Santana Martínez — Jefa de Departamento de Promoción de la Salud Sexual

Coordinación Administrativa

C.P. Beatriz Reyes Aparicio — Coordinadora Administrativa

Programas Estatales

MAHSS. José de Jesús Márquez Herrera	Aguascalientes
Dra. Ana Dinazhart Acevedo León	Baja California
Dr. Víctor Islas Hernández	Baja California Sur
Dra. Corazón de Jesús Moreno	Campeche
Dr. Gerardo Del Valle de Valle	Coahuila
Dr. Luis Arturo Hernández Gálvez	Colima
Dr. Alejandro Rivera Marroquín	Chiapas
Dr. Alfredo Antonio Guzmán Macías	Chihuahua
Dra. Andrea González Rodríguez	Ciudad de México
Dra. Lourdes Avilés Ávila	Durango
Dr. Arnulfo Ávila Romero	Guanajuato
Dra. Ma. Luisa Méndez Sánchez	Guerrero
Dr. Oscar Efrén Muñoz Carrasco	Hidalgo
Dr. Aaron de Jesús Fuentes Ramos	Jalisco
Dra. Sonia Echeverri Frías	México
Dra. Juana del Carmen Chacón Sánchez	Michoacán
Morelos	Dr.Cenobio Reyes Vega
Nayarit	Dr. Miguel Flores Ayala
Nuevo León	Dr. Miguel Romero
Oaxaca	Dra. Gabriela Velásquez Rosas
Puebla	Dra. Ma. Claudia Rivera Luna
Querétaro	Dra. David Quevedo Novoa
Quintana Roo	Dr. Johnattan Macías Romero
San Luis Potosí	Dra. Claudia Aidé Rodríguez Trejo
Sinaloa	Dr. Juan Manuel García Díaz
Sonora	Dra. Mariel Alejandra Acuña Hernández
Tabasco	MSP.. Oscar Gabriel Uribe Bracho
Tamaulipas	Dr. Jorge Sebastián Hernández Rodríguez
Tlaxcala	Mtra. Antoieta Concepción Ávila Rodríguez
Veracruz	Dr. Isabel Solís Vásquez
Yucatán	Dra. Dulce María Cruz Lavadores
Zacatecas	Dr. Ezequiel Reyes Durán