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

Día Mundial del Sida

1 de diciembre 2023

Que lideren las comunidades

ÍNDICE

1 ¡QUE LIDEREN LAS COMUNIDADES! DÍA MUNDIAL DEL SIDA 2023

2 ESTADÍSTICAS DÍA MUNDIAL DEL SIDA: EN EL MUNDO

7 ESTADÍSTICAS DÍA MUNDIAL DEL SIDA: EN LATINOAMÉRICA

9 ESTADÍSTICAS DÍA MUNDIAL DEL SIDA: EN MÉXICO

17 PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH

24 OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADULTOS

26 OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑAS Y NIÑOS

29 GLOSARIO

30 DIRECTORIO

¡QUE LIDEREN LAS COMUNIDADES! DÍA MUNDIAL DEL SIDA 2023

El Día Mundial del SIDA es una jornada dedicada a concientizar a la población sobre esta enfermedad, sus consecuencias y la importancia de prevenir su propagación. Durante el año 2023, este evento adquiere especial relevancia debido a la necesidad de mantener a todas las comunidades informadas sobre el tema.

El VIH es una condición que ha afectado a millones de personas en todo el mundo. A pesar de los avances en medicina y prevención, aún persisten estigmas y falta de conocimiento sobre esta afección. Es fundamental que las comunidades estén bien informadas sobre el VIH para poder enfrentarla de manera adecuada y evitar su transmisión.

En primer lugar, es necesario comprender qué es el VIH. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es el causante de esta infección, la cual afecta al sistema inmunológico y disminuye la capacidad del organismo para combatir otras infecciones y enfermedades. La transmisión del VIH ocurre principalmente a través de relaciones sexuales sin protección, compartir agujas o de madre a hija(o) durante el embarazo, parto o lactancia.

Una de las razones por las cuales es importante que las comunidades estén informadas sobre el VIH es para erradicar los estigmas y prejuicios asociados a la enfermedad. Muchas personas que viven con VIH son etiquetadas y discriminadas debido a la falta de conocimiento sobre la transmisión y el manejo de la infección. Con una mayor conciencia y educación, se puede trabajar para eliminar estos y promover la inclusión y el respeto hacia las personas afectadas.

Además, es crucial que las comunidades conozcan los métodos de prevención disponibles. El uso de condón en todas las relaciones sexuales y el acceso a la profilaxis preexposición (PrEP) y post exposición son medidas efectivas para reducir el riesgo de transmisión del VIH. La educación sobre salud sexual integral y derecho al placer son fundamentales para la lucha contra este virus.

Asimismo, estar informado permite tomar conciencia sobre realizar pruebas de detección de manera regular así como identificar los primeros signos y síntomas de la infección, lo que facilita el diagnóstico temprano y el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral. El tratamiento adecuado permite que las personas que viven con VIH tengan una sobrevida y calidad de vida similar a una persona sin la infección, también reduce la carga viral y evita la transmisión del virus a otras personas.

Por último, la información sobre el VIH debe llegar a todas las comunidades, incluyendo a aquellos grupos prioritarios: hombres que tienen sexo con hombres, personas que usan sustancias, personas privadas de su libertad, personas dedicadas al trabajo sexual así como poblaciones que se han quedado atrás en esta epidemia como son, mujeres, personas migrantes, indígenas, afromexicanos, niñas, niños, adolescentes y todas aquellas personas que experimentan alguna brecha que dificulta su atención. Es necesario implementar campañas educativas, proporcionar acceso a métodos de prevención y ofrecer pruebas gratuitas y confidenciales del VIH.

En conclusión, el Día Mundial del SIDA en el año 2023 destaca la importancia de que todas las comunidades estén informadas sobre el VIH y participen activamente en la respuesta. Solo a través del involucramiento de las comunidades podemos poner fin a la pandemia por el VIH.

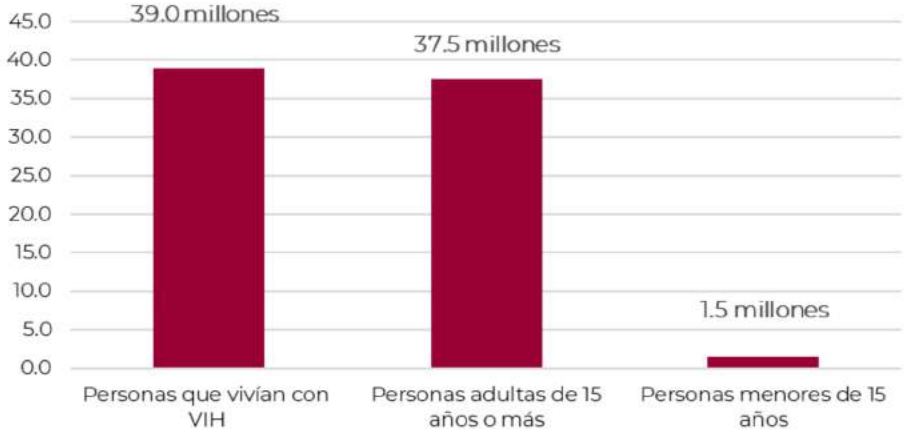
ESTADÍSTICAS MUNDIALES

En el Mundo

Han pasado 42 años de que se detectó y aisló por primera vez el VIH.
Al finalizar el 2022, **39 millones de personas** (33,1–45,7 millones) **vivían con VIH,** de las cuales (Gráfica 1)

- **37,5 millones** (31,8–43,6 millones) eran personas adultas (15 años o más)
- **1,5 millones** (1,2–2,1 millones) eran niños y niñas menores de 15 años (0-14 años)

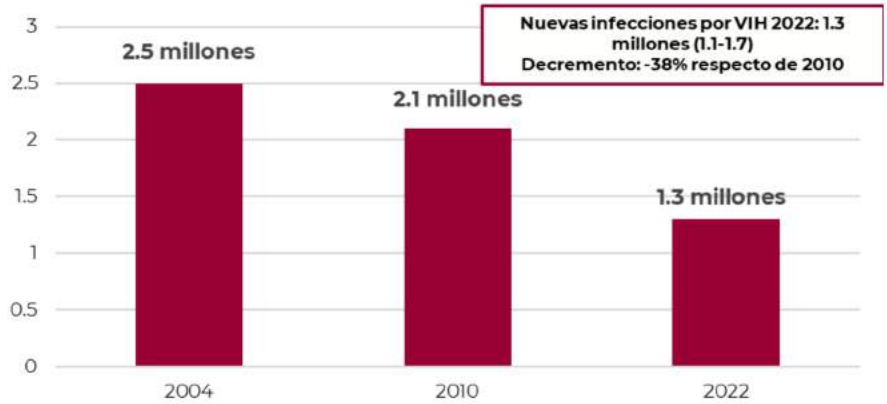
Gráfica 1. Personas que viven con VIH, estadística mundial, 2022



A finales de 2022 se estimaron **1,3 millones** (1,0–1.7 millones) de **nuevas infecciones por VIH**, en comparación con **3,2 millones** (2,5 millones–4,3 millones) de personas en 1995; lo que significa una **reducción de 59%** respecto de 1995.

En el periodo **2010-2022**, las nuevas infecciones por el VIH descendieron alrededor de **38%**, al pasar de 2,1 millones en 2010 (1.6–2.8 millones) a 1,3 millones (1,1–2,0 millones) en 2022. Las mujeres y las niñas representaron el **46%** de todas las nuevas infecciones en 2022 (Gráfica 2)
En este mismo periodo, las **nuevas infecciones por el VIH en niñas y niños descendieron 58%**, de 310 mil (210–490 mil) en 2010 a 130 mil (90–210 mil) en 2022.

Gráfica 2. Nuevas infecciones a causa del VIH, estadística mundial, 2022

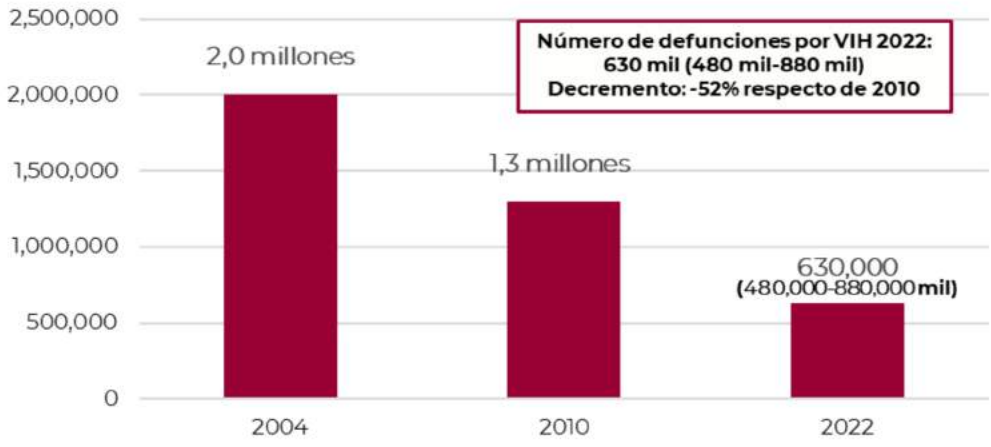


Fuente: UNAIDS epidemiological estimates 2023

Durante el **2022**, alrededor de **630 mil** (480-880 mil) **personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida**, con una disminución de más de 69%, respecto a 2004 (año con mayor número de defunciones) y de 51% respecto a 2010 (Gráfica 3)

La mortalidad a causa del sida ha disminuido **55%** entre las mujeres y niñas y **47%** entre hombres y niños desde 2010.

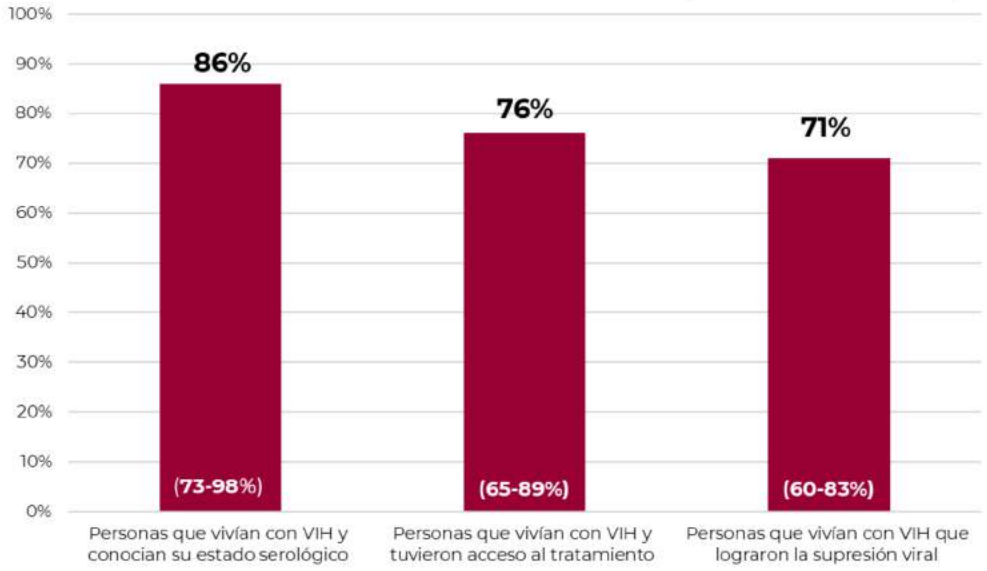
Gráfica 3. Número de defunciones a causa del Sida, estadística mundial, 2022



Para finales de 2022, se reportaron los siguientes avances con respecto a la **cascada del continuo de la atención del VIH (Gráfica 4)**

- **86%** (73-98%) de las personas que vivían con el VIH conocían su estado serológico con respecto al VIH
- **76%** (65–89%) de las personas que vivían con VIH tuvieron acceso al tratamiento antirretroviral (TAR)
- **71%** (60–83%) de las personas que vivían con el VIH tenían carga viral indetectable

Gráfica 4. Cascada del continuo de la atención del VIH, estadística mundial, 2022



Fuente: UNAIDS epidemiological estimates 2023

En cuanto al **acceso a TAR** hasta finales de 2022, de acuerdo con edad y género, se reportan las siguientes particularidades:

- **77%** (65-90%) de las personas adultas de 15 años o más estaban en TAR, en comparación con **57%** (44-78%) de las menores de 15 años.
- **82%** (69-95%) de las mujeres adultas (15 años o más) tuvieron acceso a tratamiento, en comparación con el **72%** (60-84%) de los hombres adultos.
- **82%** (64–98%) de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH contaron con acceso a medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión del VIH a los recién nacidos.

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

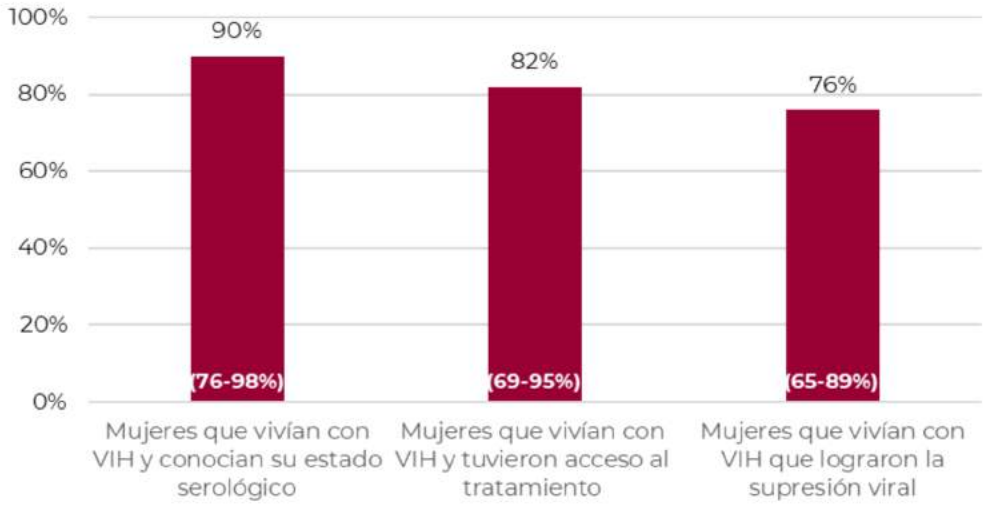
- Que un **95%** de las personas viviendo con VIH **conozcan su estado serológico** respecto al VIH
- Que un **95%** de las personas diagnosticadas con VIH **reciban terapia antirretroviral continuada**
- Que un **95%** de las personas que reciben terapia antirretroviral **logren la supresión viral** (ONUSIDA, 2012)

Mujeres y VIH

Al cierre del **2022** (Metas 95-95-95) el reporte de mujeres que viven con VIH es el siguiente (Gráfica 5)

- Mujeres adultas de 15 años o más que viven con VIH que conocen su estado serológico: **90%** (76-98%)
- Mujeres adultas de 15 años o más que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento: **91%** (77-98%)
- Mujeres adultas de 15 años o más que viven con VIH y que se encuentran en tratamiento que lograron la supresión viral: **93%** (79-98%)

Gráfica 5. Mujeres adultas de 15 años o más, estadística mundial, 2022



Fuente: UNAIDS epidemiological estimates 2023

Población Clave

En el mundo, la prevalencia media en la población adulta de 15 a 49 años es de 0.7% pero es mayor en los grupos prioritarios siguientes:

- **2.5%** Personas dedicadas al trabajado sexual (**TS**) y sus clientes
- **7.7%** Hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres (**HSH**)
- **5.0%** Personas que se inyectan drogas (**PID**)
- **10.3%**Personas transgénero (**trans**) y sus parejas sexuales
- **1.4%** Personas privadas de su libertad (**PPL**)

Los efectos de las desigualdades de género en los riesgos que corren las mujeres respecto del VIH son especialmente pronunciados en el África subsahariana, donde las mujeres representaron el 63 % de las nuevas infecciones por el VIH en 2021.

Tuberculosis y VIH

La infección por VIH es el factor de riesgo más importante para que la infección por tuberculosis progrese. La tuberculosis es la principal causa de muerte entre las personas que viven con el VIH y causó más de un tercio de todas las muertes relacionadas con el SIDA en **2015**. Casi el **60%** de los casos mundiales estimados de tuberculosis relacionada con el VIH no se diagnostican ni reciben tratamiento.

En el **2022** se estimó que **6 millones** de personas que vivían con VHI recibieran tratamiento preventivo contra la tuberculosis. Sin embargo, la meta es garantizar que el **90%** de las personas que viven con el VIH reciban tratamiento preventivo contra la tuberculosis para **2025** y reducir las muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un **80%** para **2025** (en comparación con una línea de base de 2010).

Fuentes: FACT SHEET - GLOBAL HIV STATISTICS 2023, UNAIDS 2023.
FACT SHEET - WORLD TUBERCULOSIS DAY 2022, UNAIDS 2023.

Tabla 1. Países que han alcanzado las metas de la cascada de continuo de la atención del VIH 2022

País	Población total viviendo con VIH	Hombres (mayores de 15 años) que viven con el VIH	Mujeres (mayores de 15 años) que viven con el VIH	Niños (en edad de 0-14 años) que viven con el VIH
Esuatini	97-94-93	96-91-90	97-96-95	95-88-83
República unida de Tanzania	95-94-92	93-91-89	98-97-95	72-72-66
Botsuana	96-93-92	94-87-87	98-97-97	58-58-56
Zimbabue	95-94-89	96-92-88	97-97-93	69-69-59
Ruanda	95-92-90	94-91-89	95-93-91	76-75-73
Dinamarca	95-88-87	95-88-87	96-89-88	
Kenia	94-94-89	93-89-84	95-95-92	84-84-74
Kuwait	94-93-93	94-94-93	92-86-86	
Malaui	94-92-86	90-86-80	98-98-93	70-70-55
Namibia	94-91-86	91-86-80	97-94-90	76-76-68
Lesoto	93-85-84	92-80-79	95-89-88	81-81-75
Zambia	92-89-86	92-90-86	94-91-88	67-67-62
Luxemburgo	92-89-85	92-88-85	94-90-86	
Arabia Saudi	90-89-89	92-91-91	80-79-78	81-75-75
Slovenia	90-83-82	90-84-82	86-79-78	
Tailandia	90-81-79	89-80-78	90-83-80	...-76-67
Uganda	89-84-79	88-80-75	92-87-83	71-71-60
Santo Tomé y Príncipe	88-88-75	89-89-75	95-95-84	35-35-17
Islandia	87-84-82	85-82-80	92-89-86	
Burundi	86-84-79	87-86-80	94-92-86	36-36-31
Togo	84-81-73	74-67-61	92-91-83	60-60-43

Alcanzó los objetivos de prueba y tratamiento 90-90-90 (equivalente a 90-81-73 en esta tabla)

Alcanzó los objetivos de prueba y tratamiento 95-95-95 (equivalente a 95-90-86 en esta tabla)

Fuentes: UNAIDS. THE PATH THAT ENDS AIDS 2023. AIDS 2023 UNAIDS GLOBAL AIDS UPDATE.

LATINOAMÉRICA

A finales del 2022, en Latinoamérica se estimó:

- **2,2** millones de personas viviendo con **VIH**
- Una prevalencia del **VIH** en adultos de **15 a 49 años** del **0,5** por ciento (0,3-0,6%)
- **110 mil** (94,000-130,000) nuevas infecciones por VIH en **adultos y mayores de 15 años** y **3800** (2,900 - 4,700) nuevas infecciones por VIH en **niños de 0 a 14 años**
- **27 mil** (21,000-35,000) defunciones relacionadas con el **sida**
- **1,5** millones de personas viviendo con VIH con acceso a **TAR**

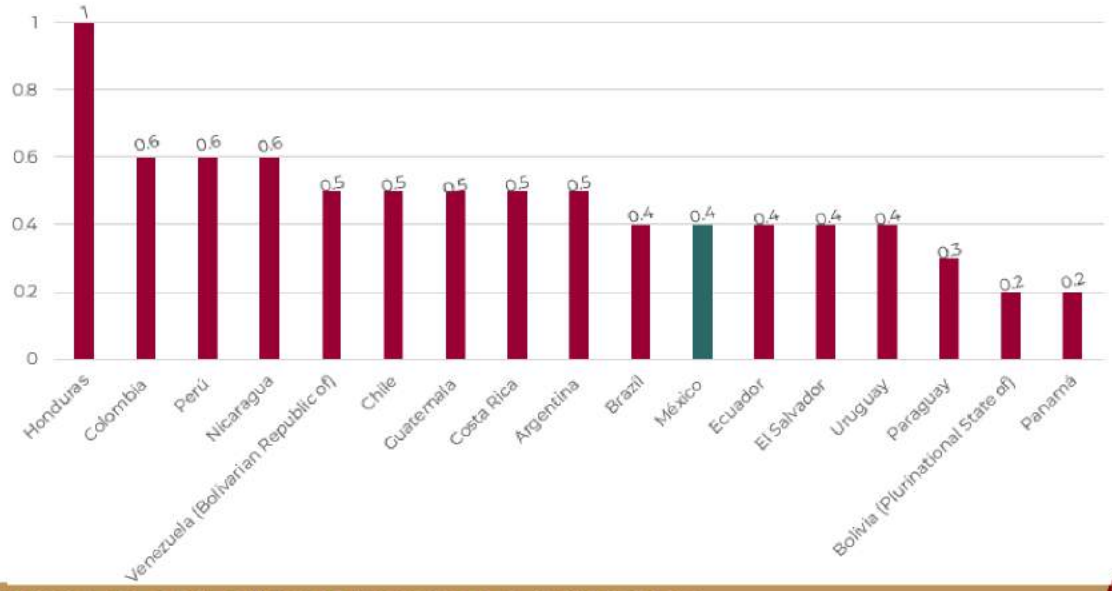
Los avances en América Latina

- **72%** (65-81%) de los **adultos y mayores de 15 años** que viven con VIH tuvieron acceso al tratamiento antirretroviral (TAR)
- **39%** (33-45%) de los **niños de 0 a 14 años** que viven con VIH tuvieron acceso al tratamiento antirretroviral (TAR)

Cambio en el número de nuevas infecciones 2010-2022 y nuevas infecciones por VIH 2022, según región.

- **110 mil** nuevas infecciones de VIH en LATAM (2022)
- **8.5%** del total de nuevas infecciones nivel mundial, ocurrieron en LATAM
- Aumento de **8%** en el número de nuevas infecciones en LATAM, de 2010 a 2022

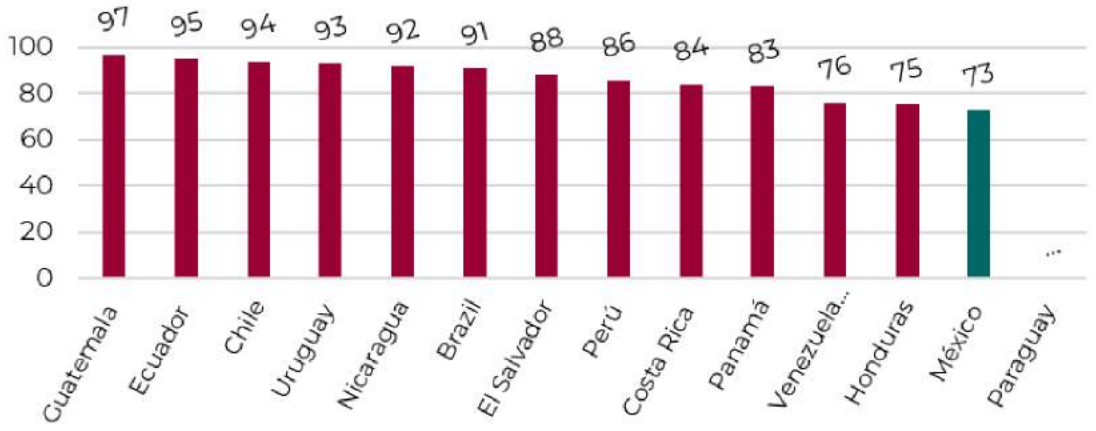
Gráfica 6. Estimación de la prevalencia del VIH en población de 15 a 49 años en países de LATAM, 2022



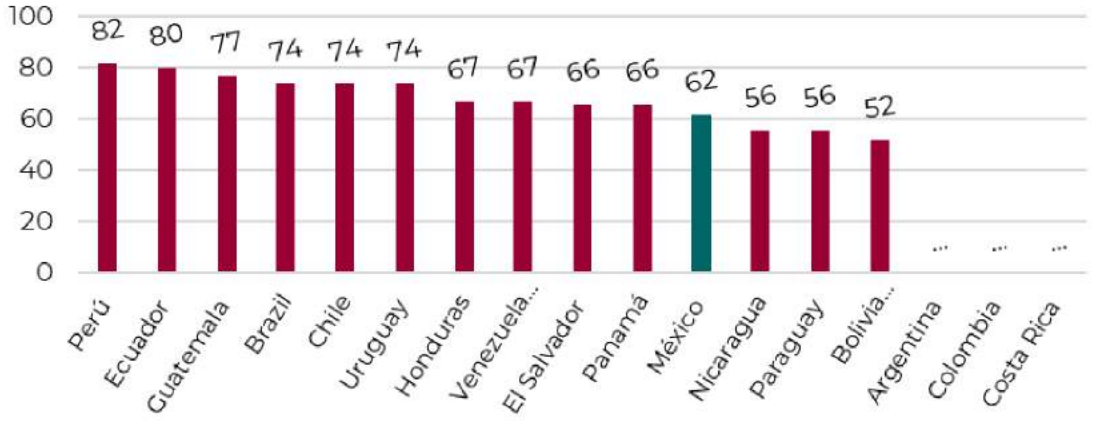
Fuente: FACT SHEET - GLOBAL HIV STATISTICS 2023, UNAIDS 2023.

Cascada de atención del VIH en Latinoamérica, 2023. Metas 95-90-86 (Gráficas 7, 8 y 9)

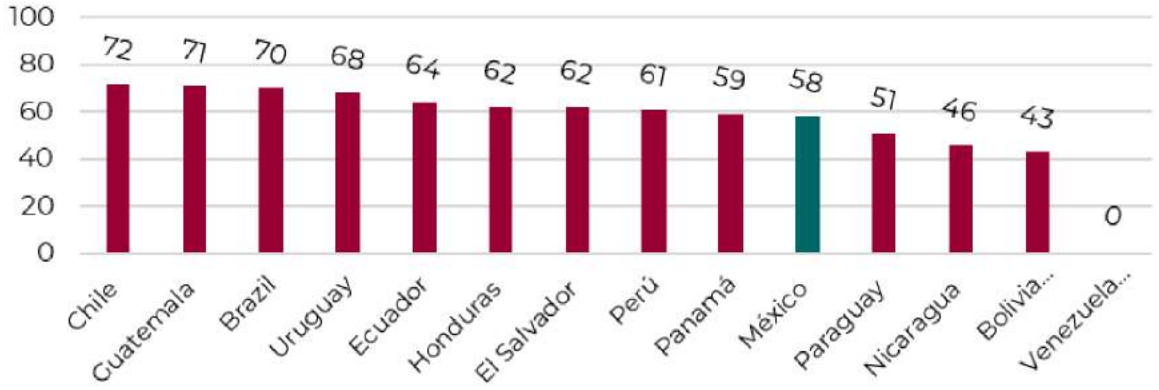
Gráfica 7. Porcentaje de personas viviendo con VIH que conocen su estado serológico



Gráfica 8. Porcentaje de personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral



Gráfica 9. Porcentaje de personas viviendo con VIH en supresión viral



Fuente: FACT SHEET - GLOBAL HIV STATISTICS 2023, UNAIDS 2023.

MÉXICO

Situación en México 2022

En **1983** se reportó el primer caso de sida en México.

Desde esa fecha y hasta el 16 de octubre de 2023, se tiene el siguiente registro de casos acumulados de VIH:

- Hombres (15 o + años) **296,848**
- Mujeres (15 o + años) **63,485**
- Menores de 15 años **5,583**

Estimación de la prevalencia del **VIH**

- Población total **0.3%**
- Población 15 a 49 años **0.4%**

Estimación de nuevas infecciones por **VIH**

- Hombres (15 o + años) **16,000**
- Mujeres (15 o + años) **3,700**
- Menores de 15 años **<500**

Estimación de las defunciones a causa de Sida

- Hombres (15 o + años) **2,900**
- Mujeres (15 o + años) **1400**
- Menores de 15 años **<500**

Poblaciones clave

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. Las prevalencias de VIH observadas en 2022 fueron las siguientes:

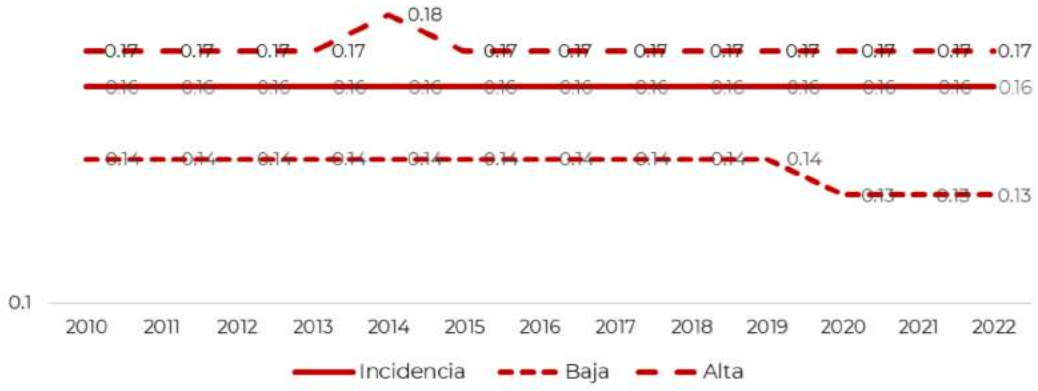
- Hombres que tienen sexo con otros hombres **12.4%** (**HSH**)
- Hombres trabajadores sexuales **6.1%**(**HTS**)
- Mujeres trans **8.2%**(**MT**)
- Mujeres trabajadoras sexuales **1.3%** (**MTS**)

Fuente: Onusida y SS/Censida Modelo Spectrum CSAVR (Versión 618) Datos al cierre 2022. Mayo 2023
SS/DGIS. Sistema de Información en Salud (SIS). Datos preliminares al cierre 2022. Cifras consultadas el 12 de abril de 2023

Estimación de la incidencia del VIH: México, 2010-2022

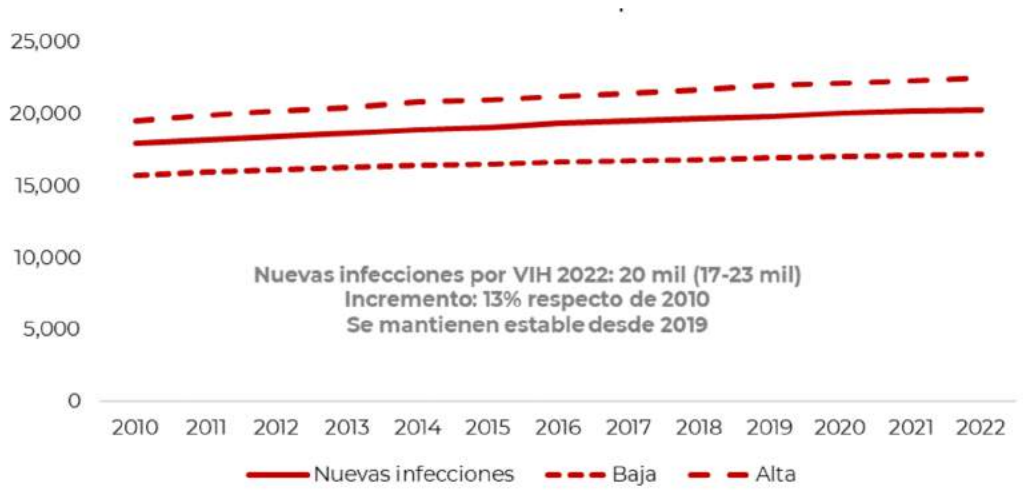
La incidencia en México durante 2022 fue de **0,16 por cada mil (0,13-0-17)** y se ha mantienido estable durante el periodo (Gráfica 10)

Gráfica 10. Tasa de incidencia del VIH por cada mil personas en México 2010-2022.



En 2022 se presentaron **20 mil (17-23 mil) nuevas infecciones**, tendencia que se mantiene estable desde 2019 (Gráfica 11)

Gráfica 11. Nuevas infecciones por VIH en México 2010-2022.



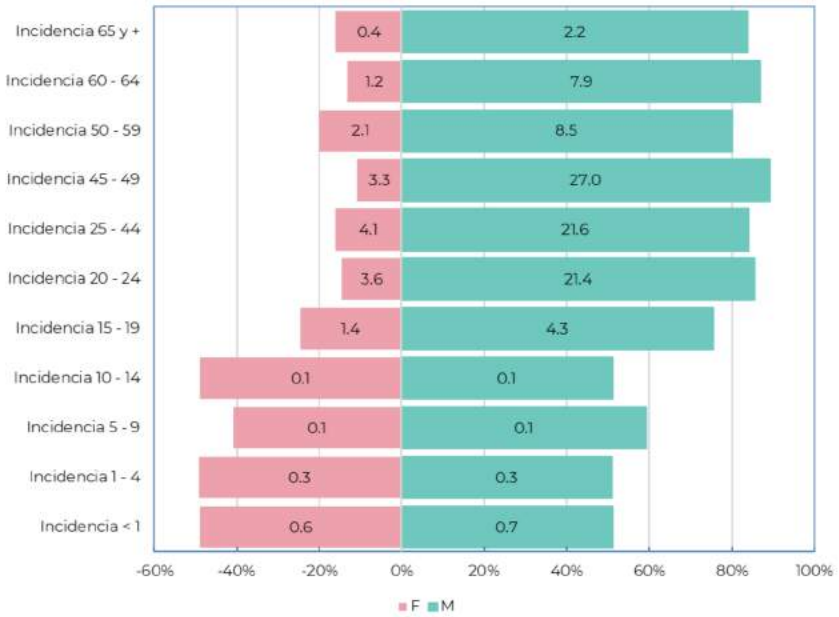
Notas: La incidencia se calcula por cada 1,000 personas que no viven con VIH. Onusida publica las tasas, utilizando dos decimales y el número de nuevas infecciones con cifras redondeadas.
Fuente: Onusida y SS/Censida. Modelo Spectrum: CSAVR (versión 6.28). Datos al cierre 2022. Mayo, 2023.

Incidencia registrada promedio de VIH por sexo y grupos de edad 2013-2018 y 2019-2022

La incidencia tanto en el periodo 2013-2018, como en el periodo 2019-2022 es proporcional por sexo y edad; las **mayores incidencias se observan en hombres**; por grupos de edad y para ambos sexos, las mayores incidencias se observan en 20-49 años (2013-2018) y de 20-44 años (2019-2022) (Gráficas 12 y 13)

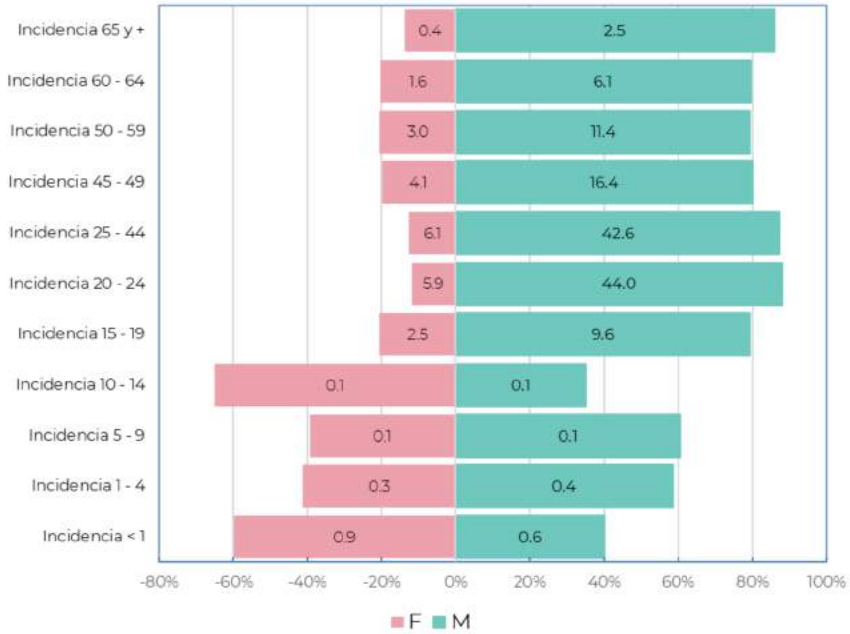
Gráfica 12. Incidencia registrada promedio de VIH por sexo y grupos de edad 2013-218

2013-2018



Gráfica 13. Incidencia registrada promedio de VIH por sexo y grupos de edad 2019-2022

2019-2022



Fuente: SS/DGE. Anuario de Morbilidad 1984 - 2022. En: Onusida y SS/Censida. Modelo Spectrum: CSAVR (versión 6.28). Datos al cierre 2022. Mayo, 2023.
Procesó: SS/Censida.

Continuo de la atención del VIH

En 2022, se estimó que, México tenía una prevalencia de **VIH** de **0.3%**; lo que significa que **3 de cada mil personas** vivían con **VIH**.

Gráfica 14. Cascada del continuo de la atención del VIH en México, 2022.

Detecciones

Al cierre del 2022, se registraron en el Subsistema de Prestación de Servicios (SIS):

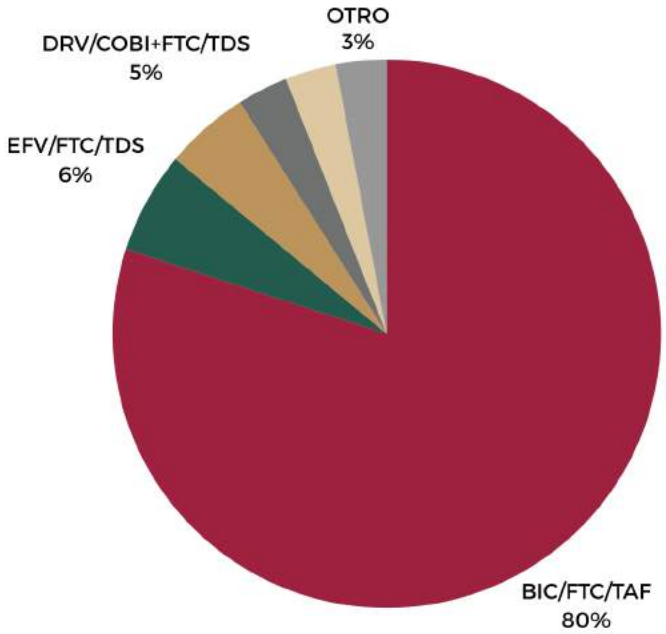
- **1,840,351** pruebas de detección **VIH** y
- **1,741,484** de **sífilis**;

Tratamiento Antirretroviral en México

Al cierre de 2022:

- **230 mil** personas en **TAR** en México.
- **215 mil** personas viviendo con **VIH** se encontraban en supresión viral
- Actualmente más del **80%** de personas en TAR tienen esquemas simplificados a base de Inhibidores de la Integrasa de 2da generación (Gráfica 15)

Gráfica 15. Esquemas ARV más frecuentes en la SS. México.

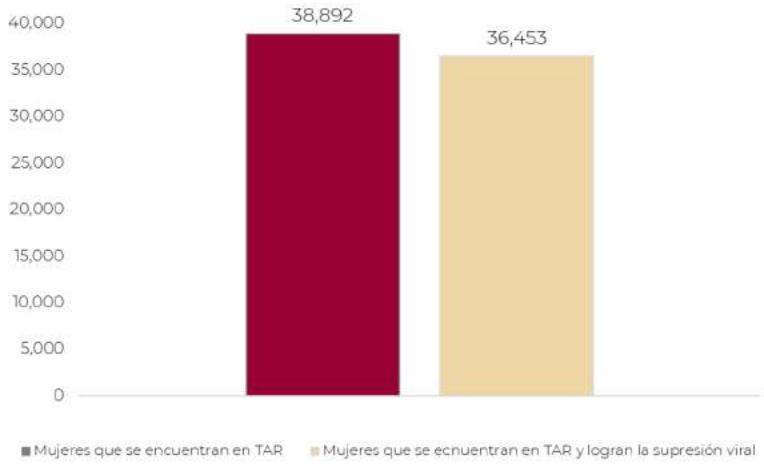


Fuentes: Onusida y SS/Censida. Modelo Spectrum: CSAVR (versión 6.28). Datos al cierre 2022. Mayo, 2023.
SS/Censida. Estimaciones del porcentaje de personas viviendo con VIH que conocen su estado serológico, con base en: Onusida y SS/Censida. Modelo Spectrum: CSAVR (versión 6.28). Datos al cierre 2022. Mayo, 2023.
SS/SUIVE/DGE/DVEET/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de VIH. Datos preliminares al cierre 2022.

Mujer y VIH

Durante 2022, **38,592** mujeres se encontraban en TAR, y el **94%** de éstas lograron la supresión viral (Gráfica 16)

Gráfica 16. Mujeres adultas viviendo con VIH en TAR y en supresión viral, México 2022



Mujer y Embarazo

Desde inicios de 2023 al 17 de octubre del mismo, a nivel nacional se han registrado **412, 586** detecciones de VIH de primera vez en mujeres embarazadas y **519,584** pruebas durante el control prenatal. En cuanto a detecciones de sífilis en mujeres embarazadas, se han realizado de primera vez **393,066** y durante el control prenatal **519,584**.

En 2023 se han notificado **588** casos de mujeres embarazadas viviendo con VIH en TAR en la Secretaría de Salud.

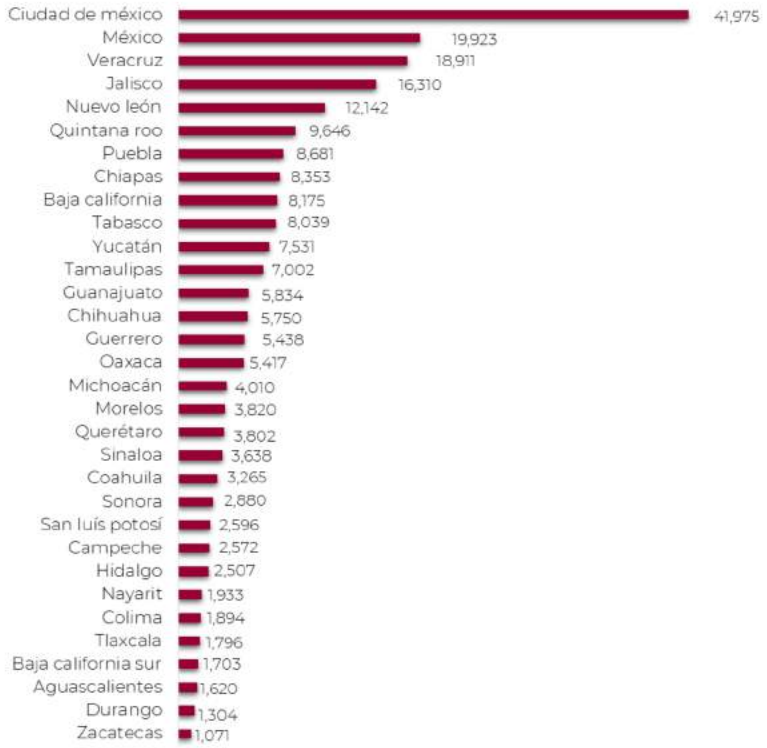
Menores de 15 años

Durante el **2022** se estimaron **3,400** (3100-3800) niñas, niños y adolescentes viviendo con VIH de 0-14 años

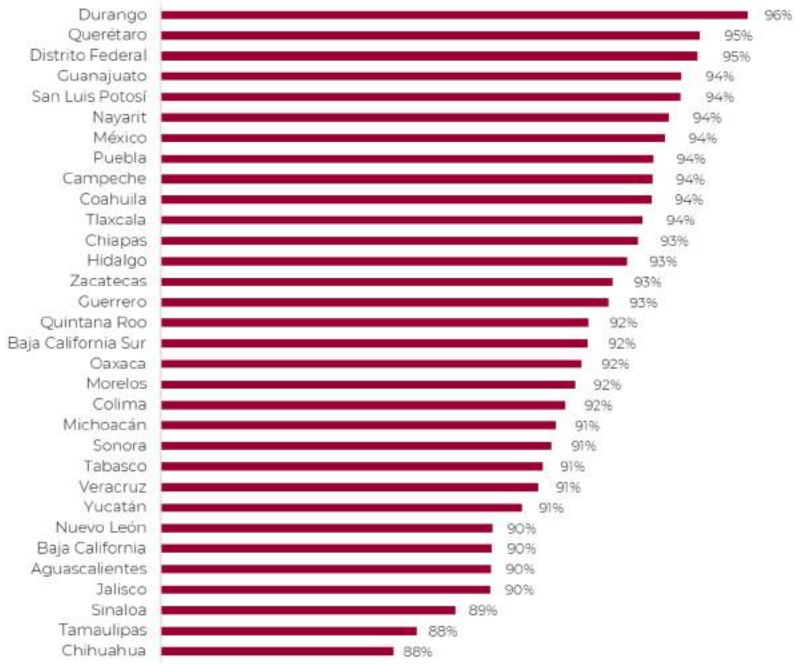
Fuentes: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de Servicios otorgados. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud SINAIS. Fecha de consulta: 17 de octubre 2023. Información preliminar.
Información validada directamente con los responsables estatales del programa de VIH y otras ITS.
Onusida y SS/Censida. Modelo Spectrum: CSAVR (versión 6.28). Datos al cierre 2022. Mayo, 2023.

Personas viviendo con VIH en tratamiento ARV, por entidad federativa, 2022 (Gráfica 17 y 18)

Gráfica 17. Personas en TAR a nivel sectorial por entidad federativa en 2022



Gráfica 18. Personas en TAR en supresión viral por entidad federativa en 2022



Fuente:
SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación./Grupo de Información Sectorial (GIS). Datos reportados al cierre 2022

Territorialización VIH

Las mayores incidencias registradas de VIH se observaron en: Colima, Campeche, Quitana Roo y Yucatán

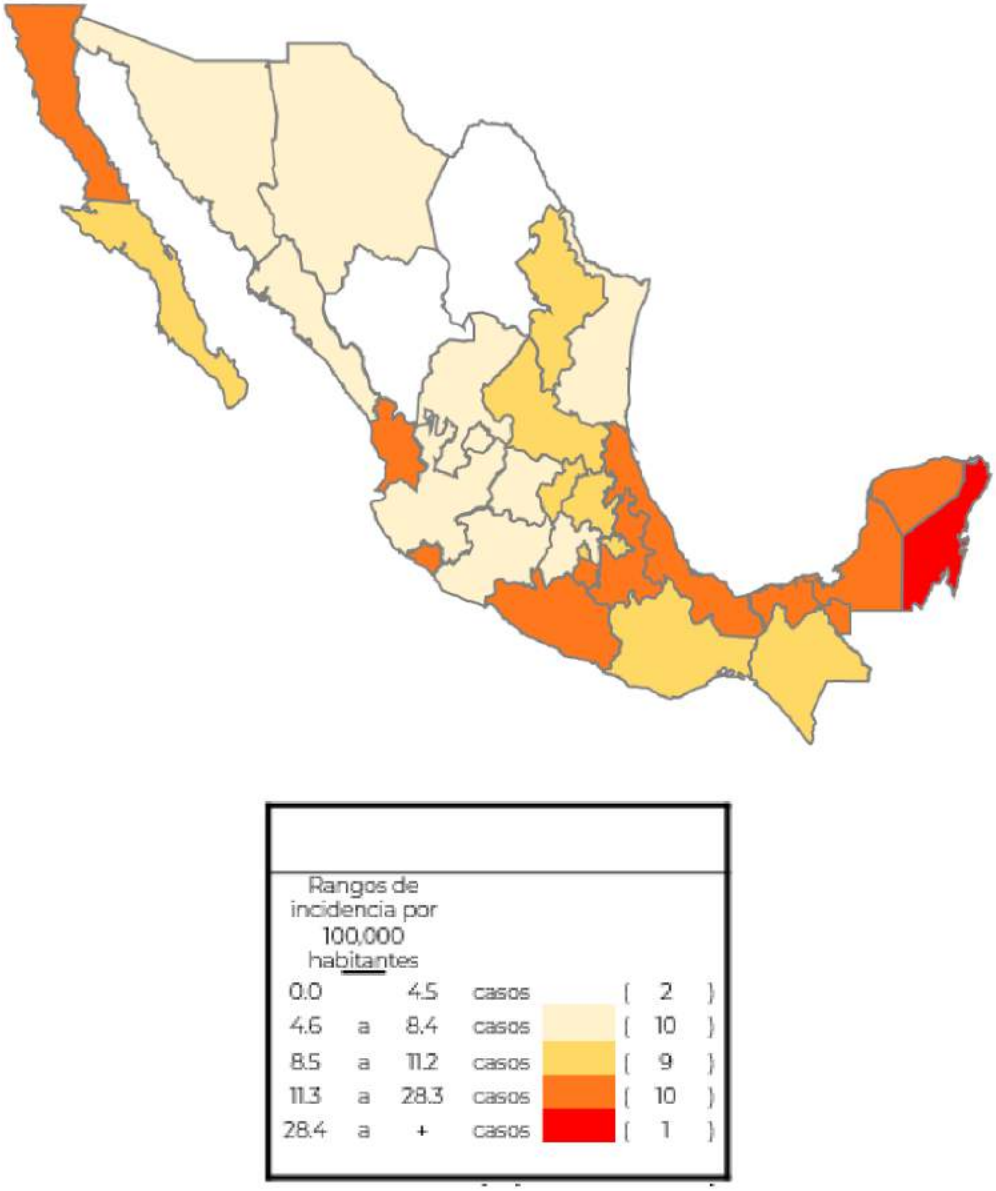
Gráfico 19. Incidencia registrada del VIH por entidad federativa: 2013-2018

Rangos de incidencia por 100,000 habitantes				
0.0		2.9	casos	(5)
3.0	a	4.6	casos	(8)
4.7	a	6.5	casos	(6)
6.6	a	14.8	casos	(11)
14.9	a	+	casos	(2)

FUENTE: SS/DGE. Anuario de Morbilidad 1984 - 2022. En: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_nacional.html

Las mayores de incidencias registradas de VIH fueron: Quitana Roo, Colima, Yucatán y Campeche.

Gráfico 20. Incidencia registrada del VIH por entidad federativa 2019-2022



FUENTE: SS/DGE. Anuario de Morbilidad 1984 - 2022. En: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_nacional.html

PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH

La respuesta integral al VIH centrada en las personas y su derecho a la protección a la salud debe considerar el acceso a métodos de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento.

En México, datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nurición (Ensanut) 2018-2019 muestran que **83 por ciento** de los hombres y **70 por ciento** de las mujeres adolescentes y menores de 19 años utilizaron condón en la primera relación sexual. Mientras, **56 por ciento** de los hombres y **41 por ciento** de mujeres de 20 a 49 años reportó haberlo usado al iniciar su vida sexual, lo que muestra incremento en el uso por parte de la población joven.

En 2023 desde el Censida se garantizó la entrega insumos de prevención que incluyeron **44 millones 143 mil** condones externos **504 mil** condones internos y 3 millones 847 mil geles lubricantes a las 32 entidades federativas. Además de pruebas diagnósticas de VIH, VHC y sífilis.

En tanto, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) coordinó la compra de **21,7 millones** de condones externos y **167 mi**l condones internos para personas sin seguridad social en todo el país.

El acceso a los insumos de prevención, incluido el PrEP y PEP, en México es un derecho; para ejercerlo, se ofrecen diversos espacios donde están disponibles de manera gratuita para todas las personas que lo requieran.

https://www.gob.mx/salud/prensa/034-utilizan-condon-en-primera-relacion-sexual-83-de-los-hombres-y-70-de-las-mujeres-adolescentes?idiom=es

https://bit.ly/3YrMGq9

MÉXICO CUENTA CON UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE VIH A LA VANGUARDIA CON LA PREP Y LA PEP

- El éxito en la implementación de PrEP y PEP consiste en promover la coordinación interinstitucional, intersectorial y comunitaria para la prevención del VIH y otras ITS a través de atención primaria de la salud y de las redes integradas de servicios.

La profilaxis pre-exposición (PrEP) es una estrategia utilizada para reducción de las nuevas del VIH a través de la administración de tratamiento antirretroviral en personas sin infección por VIH (OMS, 2016). Cuando se toma de forma consistente, se ha demostrado clínicamente que disminuye el riesgo de infección por el VIH-1 hasta en un 94% (Anderson, et al, 2012). Desde 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda incluirla como una estrategia combinada de prevención en poblaciones con riesgo sustancial de adquirir VIH (WHO, 2014); y en aquellas poblaciones con una incidencia del VIH.

La PrEP consiste en tomar antirretrovirales antes y después de una potencial exposición al VIH. La PrEP, como parte de los servicios de prevención combinada, tiene un creciente reconocimiento como opción adicional a la prevención de las nuevas infecciones por VIH.

Entre los servicios disponibles se incluyen PrEP, detección de VIH y otras ITS, referencia a servicios de atención integral de VIH y otras ITS, consejería (abordando la reducción de riesgos y la adherencia a PrEP, entre otros temas), entrega de condones (externo y/o interno) lubricante, profilaxis post-exposición (PEP) y estrategias de reducción del daño por consumo de drogas.

La PEP consiste en el uso de antirretrovirales en un corto plazo después de una probable exposición, con le fin de reducir la probabilidad de adquirir el VIH. La PEP se debe iniciar dentro de las 72 horas después de la exposición y tiene una efectividad de hasta el 80% para evitar la infección por VIH.

En México se cuenta con el Programa de Acción Específico, guías y cursos disponibles para el personal de salud, las personas y las comunidades para conocer e implementar las estrategias de PrEP y PEP en los servicios de salud.

Estrategia de prevención combinada para otorgar Profilaxis Post Exposición (PEP)

Esta estrategia consiste en utilizar medicamentos antirretrovirales por un corto período de tiempo (28 días) para reducir la probabilidad de adquirir VIH, esta se debe iniciar lo más pronto posible (dentro de las 72 horas después de la exposición al riesgo), y con ello se puede reducir hasta en un 90% la probabilidad de la infección por VIH.

La PEP, es una emergencia médica, por lo cual, toda persona que la solicite puede acceder a ella. Esta estrategia se encuentra plasmada en "NOM-010-SSA-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana" establece en el numeral:

5.11 Los establecimientos que forman parte del SNS deberán contar con un mecanismo eficiente para prevenir la infección por el VIH, en caso de accidente ocupacional, de violación o exposición sexual, que garantice el acceso oportuno a la profilaxis postexposición del VIH, con base en la Guía de Atención Médica a personas violadas vigente la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH vigente.

En México, la estrategia de prevención combinada en la cual se encuentra la PrEP y la PEP ha ganado terreno dentro de las instituciones de salud y se encuentra entre las principales políticas públicas que permiten la respuesta al VIH.

De igual manera, desde Censida se han impulsado estrategias de comunicación para promover la PrEP y el uso del condón con lubricante base agua. Estos materiales han sido socializados a través de medios radiofónicos, espectaculares y redes comunitarias.

A continuación, se muestran los datos de los usuarios /as de las estrategias PrEP y PEP durante 2023, por entidad federativa, (acumulados activos)

ESTADO	Personas que recibieron la PrEP - octubre 2023	PROYECCIÓN PrEP 2023	Porcentaje al cierre de octubre	Personas que recibieron la PEP Acumulados al cierre del mes de octubre.
Aguascalientes	113	54	209.65%	13
Baja California	81	320	25.29%	9
Baja California Sur	10	45	22.15%	33
Campeche	26	111	23.40%	20
Coahuila	49	139	35.34%	187
Colima	33	69	48.10%	0
Chiapas	224	498	45.00%	137
Chihuahua	51	168	30.29%	142
Ciudad de México	5,526	3,140	175.99%	3,278
Durango	26	61	42.79%	1
Guanajuato	91	223	40.77%	210
Guerrero	159	249	63.80%	84
Hidalgo	33	101	32.65%	41
Jalisco	1,865	676	275.86%	345
México	101	847	11.92%	41
Michoacán	10	178	5.63%	103
Morelos	27	157	17.16%	15
Nayarit	18	79	22.70%	8
Nuevo León	333	446	74.69%	465
Oaxaca	43	272	15.82%	78
Puebla	13	361	3.60%	65
Querétaro	5	117	4.26%	199
Quintana Roo	87	278	31.35%	17
San Luis Potosí	39	99	39.26%	96
Sinaloa	79	127	62.15%	0
Sonora	12	108	11.11%	39
Tabasco	104	455	22.86%	36
Tamaulipas	87	286	30.40%	14
Tlaxcala	13	89	14.61%	43
Veracruz	13	765	1.70%	0
Yucatán	76	260	29.24%	36
Zacatecas	2	36	5.57%	10
Total General	9,349	10,814	86.45%	5,765

Tabla 2.Datos de los usuarios /as de las estrategias PrEP y PEP durante 2023, ,

Se debe recordar existen diferentes barreras para el acceso a la atención integral y la prevención combinada, entre las que se encuentran:

- Estigma y discriminación referente al VIH.
- Desconocimiento de la estrategia por parte de profesionales de la salud y personas usuarias.
- Adherencia al tratamiento.
- Falta de capacitación del personal de salud
- Colaboración y coordinación institucional
- Barreras Culturales, comportamental, económicas, geográficas y psicológicas
- Tiempos de atención
- Satisfacer necesidades específicas

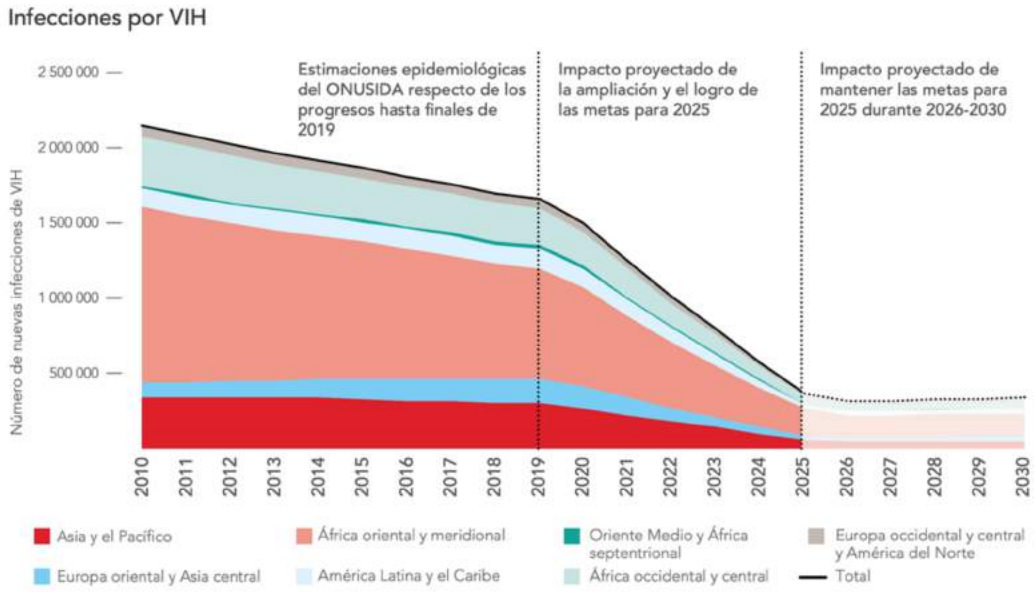
Para eliminar estas barreras y lograr una estrategia de prevención combinada incluyente y exitosa es indispensable fortalecer la coordinación interinstitucional, intersectorial y comunitaria en las actividades de prevención combinada, específicamente para la prevención del VIH y otras ITS en unidades de salud especializadas y lugares de mayor concentración de las poblaciones clave así como llevar a cabo los protocolos institucionales centrados en la persona y en un marco de actuación común, con perspectivas en derechos humanos, equidad e igualdad de género, diversidad sexual e interculturalidad.

https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-de-atencion-para-otorgar-profilaxis-preexposicion.%202022

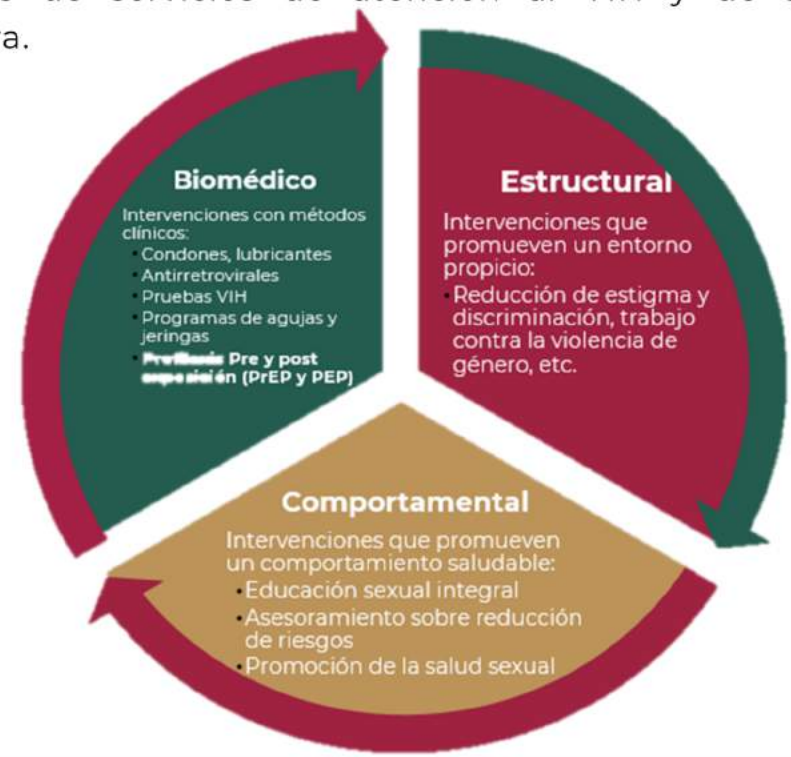
Coalición Global para la Prevención del VIH

México forma parte del grupo de liderazgo en prevención de VIH de UNUSIDA, colaboró en la construcción de la ruta crítica y se ha comprometido a reducir **75%** de nuevas infecciones por VIH para 2025 (Gráfica 21) y a los lograr los objetivos:

Gráfica 21.Efectos previos de la consecución de las metas para 2025



- **95%** de las personas en riesgo de infección por el VIH tienen acceso alguna estrategia de la prevención combinada.
- **95%** de las mujeres y niñas en edad reproductiva tengan cubiertas sus necesidades de servicios de atención al VIH y de salud sexual y reproductiva.



Fuente: Prevención del VIH para 2025 — Hoja de ruta — En marcha para acabar con el sida como amenaza para la salud pública en 2030, ONUSIDA

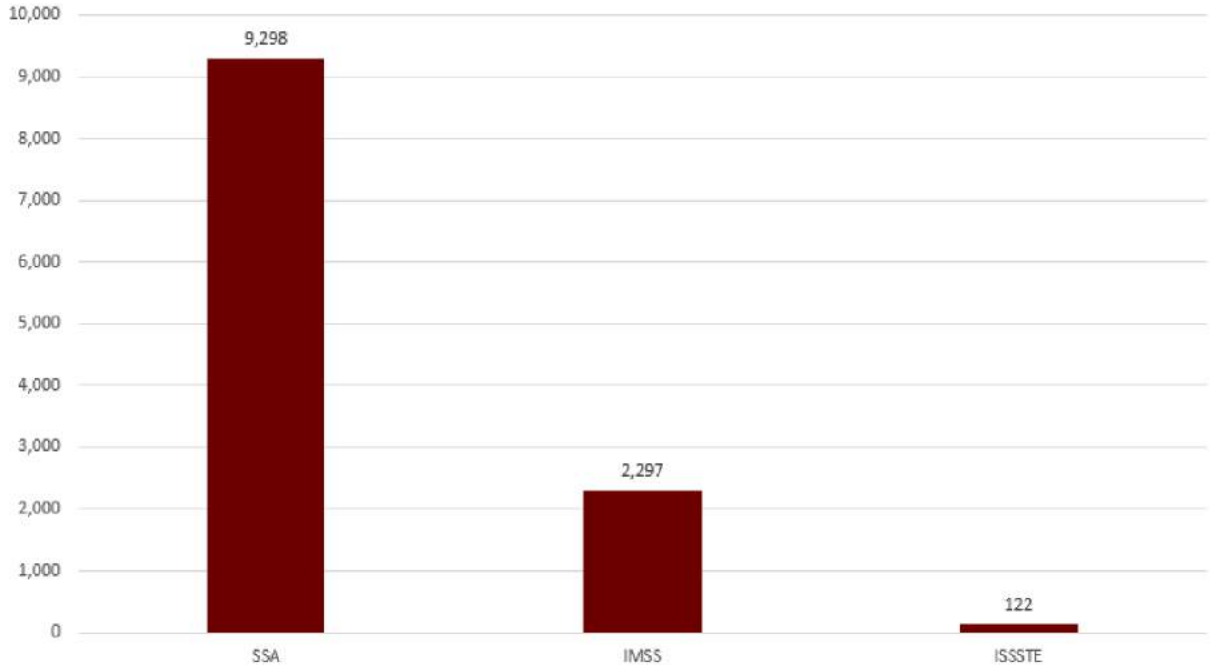
Implementación de PrEP y PEP a través de Atención Primaria a la Salud y redes integradas de servicio

En México hay **342** Unidades de Atención del Sistema de Salud que otorga PrEP; de las cuales 131 son de la Secretaría de Salud, 139 son del IMSS y 72 del ISSSTE.

Escalamiento nacional: Estrategia Atención Primaria a la Salud

Actualmente a nivel sectorial hay **11,717** usuarios/as que han recibido PrEP (Gráfica 22), **5,760** usuarios/as beneficiados con la PEP y se ha impulsado el uso de **Botiquines PEP** que se encuentran en el área de urgencias de las unidades hospitalarias de la SS, IMSS e ISSSTE.

Gráfica 22. Usuarios/as que han recibido PrEP a nivel sectorial, México



OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADULTOS

El objetivo de la Terapia antirretroviral (TAR) es conseguir una supresión viral máxima durante el mayor periodo de tiempo posible, restablecer o conservar la función inmunológica, mejorar la calidad de vida y reducir la morbimortalidad relacionada con el VIH. Sin embargo, estos objetivos no siempre se consiguen debido al número de tabletas al día, la frecuencia de las dosis, los efectos secundarios de algunos medicamentos antirretrovirales (ARV), las interacciones farmacocinéticas o cual disminuye la adherencia a la terapia y la efectividad de los ARV, que limitan el beneficio de la terapia en la práctica clínica.

El tratamiento antirretroviral, a diferencia del de otras enfermedades crónicas, exige un cumplimiento prácticamente perfecto. Por otra parte, La adherencia o cumplimiento inadecuado favorece el desarrollo de resistencias comprometiendo el futuro del paciente individual y de la comunidad al transmitirse cepas de VIH resistentes.

Los regímenes terapéuticos han cambiado en la última década con el desarrollo de nuevos fármacos igual o más efectivos, en presentaciones con menor número de tomas o en presentaciones coformulados,, por lo que aquellas prescripciones complejas con una elevada carga de comprimidos, dosificación de tres veces al día y restricciones alimentarias ha dado paso a tratamientos más sencillos, llamados esquema de una toma al día (STR por sus siglas en inglés), con nuevas formulaciones y nuevos fármacos que permiten la dosificación de una vez al día.

La optimización del tratamiento antirretroviral es considerada una indicación para iniciar o sustituir un esquema ARV que facilite la toma de los mismos y se aplica con la finalidad de disminuir el número de tabletas, numero de tomas por día con la prescripción utilizando ARV principalmente coformulados. Esto garantiza una mayor adherencia al TAR, disminuye la tasa de abandono y mejora la calidad de vida de las personas que viven con VIH con TAR. También se recomienda realizar un cambio por optimización cuando el esquema tiene componentes catalogados como no apropiados, los cuales no han mostrado superioridad en cuento a eficacia y tienen mayor toxicidad.

Todos los casos de cambio de TAR comparten el objetivo común y prioritario de llevar y mantener la carga viral plasmática (CVP) indetectable. Antes de iniciar un tratamiento antes de un cambio, se debe realizar una evaluación minuciosa de la historia de las personas con VIH y sida, y en las personas con tratamiento se debe revisar el TAR previo, situaciones de falla virológica, estudios de resistencias (en caso de haber); además, se deben valorar diferentes aspectos del nuevo régimen, como su potencial toxicidad, interacciones farmacológicas, restricciones dietéticas y su actividad sobre algunas coinfecciones (como la persona con VIH y coinfectado por el VHB).

Si bien esta intervención se inició en 2011 con la llega del primer coformulado con 3 medicamentos en una sola tableta, en la última década se incorporaron nuevos coformulados que vinieron a mejorar la adherencia y efectividad de la terapia ARV. En 2019 y derivado de los resultados de la investigación sobre la resistencia del VIH en México, ante el incremento en la resistencia por el uso de Efavirenz, se incluyeron en la terapia de inicio los medicamentos inhibidores de integrasa (los cuales llegaron entre el 2017 – 2019) y paralelamente se implementó la estrategia denominada optimización, la cual comprende tres fases:

A) Optimización clínica: Identifica las mejores opciones terapéuticas recomendadas para el tratamiento de la persona con medicamentos innovadores o genéricos con evidencia científica.
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.

De esta manera, desde la segunda mitad de 2019, en México se utilizan de manera preferente esquemas de primera línea compuestos por inhibidores de la integrasa de segunda generación de una sola tableta, los cuales tienen una mejor barrera genética a la resistencia, evitando la pérdida de efectividad clínica y la transmisión de resistencia a los antirretrovirales. Estos medicamentos favorecen la adherencia y mejoran la calidad de vida de las personas. Actualmente, la mayor parte de personas viviendo con VIH y sida en atención en México se benefician de estos esquemas antirretrovirales.

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑAS Y NIÑOS

INTRODUCCIÓN

La historia natural del VIH en la infancia, transcurre de forma muy diferente a la descripta para la edad adulta. Durante los primeros años de vida y especialmente durante el primer año, el avance de la infección puede ser muy rápida, por lo que el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz deben ser considerados una prioridad para la salud pública.

El tratamiento antirretroviral de alta eficacia significó un cambio sustancial en la evolución de niñas y niños infectados por VIH, transformando a la infección pediátrica de una enfermedad mortal a corto plazo, a una afección crónica en la que surgen retos continuos en relación al tratamiento prolongado en el tiempo.

Uno de los mayores obstáculos en el tratamiento pediátrico, es la escasa disponibilidad en las presentaciones de los fármacos, no obstante, el surgimiento de nuevas alternativas de tratamiento (formulaciones dispersables, comprimidos masticables) facilita la adherencia, y con ello el impacto en la calidad de vida de niños y niñas.
El objetivo del TARV en pediatría es disminuir la mortalidad, conseguir y mantener una supresión virológica, minimizando la toxicidad de los ARV en el corto y largo plazo.

La supresión viral sostenida previene el desarrollo de resistencia a fármacos, permite la mejoría de la función inmune, previene la aparición de infecciones oportunistas y mejora el desarrollo pondoestatural y neurocognitivo de los niños y niñas que viven con VIH.

OBJETIVOS DE LA SIMPLIFICACIÓN DE TRATAMIENTO ARV

Clínicos:

· Disminuir la morbilidad y mortalidad relacionada con el VIH.

· Mejorar la calidad de vida (disminuir o evitar las hospitalizaciones, disminuir las infecciones oportunistas y otras complicaciones de infección por VIH, mejorar o mantener el desarrollo físico y la función neurocognitiva).

· Mejorar el apego a tratamiento

Inmunológicos:

· Preservar y restaurar el sistema inmune (incremento de linfocitos CD4).

Virológico:

· Lo ideal es lograr una carga viral indetectable.

Prevención de la transmisión de VIH en adolescentes con actividad sexual.

SIMPLIFICACIÓN DE TRATAMIENTO ARV

· Considerando la salida del mercado de las presentaciones pediátricas de Lopinavir/ritonavir, Dolutegravir de 5 mg es una excelente opción, ya que tiene menores efectos secundarios, mejor sabor y una mayor barrera genética.

· En el año 2022 se integró la presentación de Dolutegravir de 10 mg dispersable, para la optimización de tratamiento en menores entre 14 y 20 kg de peso.

· Sin embargo, para el 2024 solo contaremos con la presentación de 5 mg y 50 mg en la Secretaria de Salud.

RECOMENDACIONES PARA LA OPTIMIZACIÓN TRATAMIENTO PARA DOLUTEGRAVIR DE 5 MG.

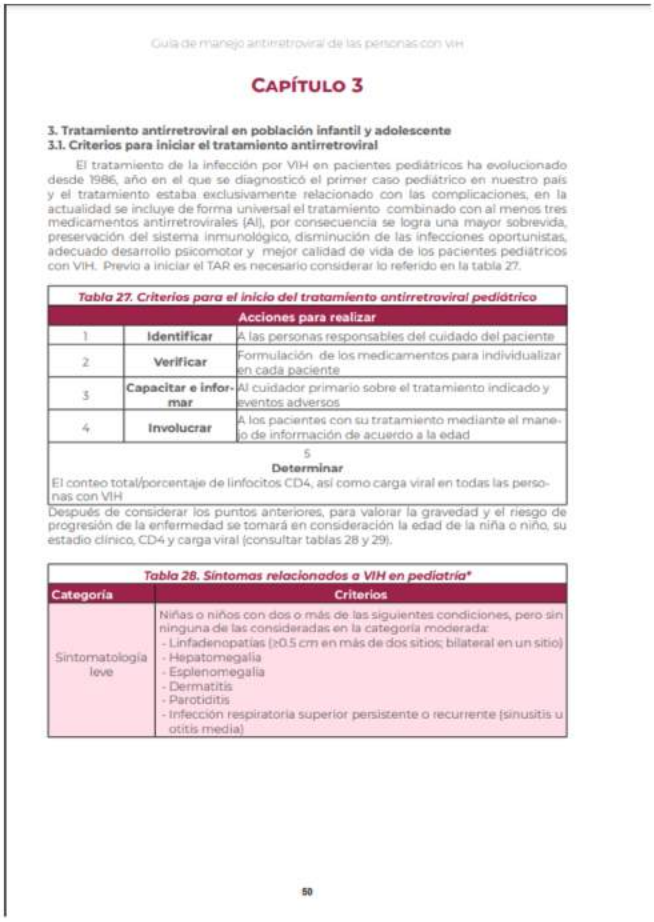
Criterios para realizar cambio a Dolutegravir 5 mg Dispersable

1. Pacientes mayores de 4 semanas y pesando al menos 3 kg.
2. Pacientes nuevos sin tratamiento previo puede iniciar esquema con Dolutegravir previo toma genotipo.
3. Paciente que se encuentre en 1ro y/o 2do esquema de tratamiento con indetectabilidad en los últimos 6 meses, con al menos su última CV 3 meses previos.

4. Pacientes detectables con 1ro o 2do esquema de tratamiento solicitar genotipo y una vez tome la muestra realizar cambio. (proceso de toma, conservación, envío depende del protocolo de cada laboratorio estatal)
5. Paciente con esquema con otro Inhibidor Integrasa (Raltegravir) indetectable en los últimos 6 meses, con al menos su última CV 3 meses previos.
6. Paciente con falla a primer esquema con otro Inhibidor de Integrasa, esperar resultado de genotipo.
7. Paciente con 2do esquema con Efavirenz/ Lopinavir/r detectable, cambiar a Dolutegravir, previamente realizar genotipo.
8. El seguimiento de pacientes con cambio a Dolutegravir, se realizará carga viral a los 1-2 meses, reforzar el apego a tratamiento.

*Consenso grupo pediatría Guía de Tratamiento ARV, Reunión Dic 2022

En el capítulo 3 de la Guía de Tratamiento ARV para Personas con VIH de la Secretaria de Salud 2021, aparecen las tablas de los medicamentos con dosificación acorde a peso.



Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH

CAPÍTULO 3

3. Tratamiento antirretroviral en población infantil y adolescente
3.1. Criterios para iniciar el tratamiento antirretroviral

El tratamiento de la infección por VIH en pacientes pediátricos ha evolucionado desde 1986, año en el que se diagnosticó el primer caso pediátrico en nuestro país y el tratamiento estaba exclusivamente relacionado con las complicaciones, en la actualidad se incluye de forma universal el tratamiento combinado con al menos tres medicamentos antirretrovirales (AI), por consecuencia se logra una mayor sobrevida, preservación del sistema inmunológico, disminución de las infecciones oportunistas, adecuado desarrollo psicomotor y mejor calidad de vida de los pacientes pediátricos con VIH. Previo a iniciar el TAR es necesario considerar lo referido en la tabla 27.

Tabla 27. Criterios para el inicio del tratamiento antirretroviral pediátrico

	Acciones para realizar	
1	**Identificar**	A las personas responsables del cuidado del paciente
2	**Verificar**	Formulación de los medicamentos para individualizar en cada paciente
3	**Capacitar e informar**	Al cuidador primario sobre el tratamiento indicado y eventos adversos
4	**Involucrar**	A los pacientes con su tratamiento mediante el manejo de información de acuerdo a la edad
5 **Determinar** El conteo total/porcentaje de linfocitos CD4, así como carga viral en todas las personas con VIH		

Después de considerar los puntos anteriores, para valorar la gravedad y el riesgo de progresión de la enfermedad se tomará en consideración la edad de la niña o niño, su estadio clínico, CD4 y carga viral (consultar tablas 28 y 29).

*Tabla 28. Síntomas relacionados a VIH en pediatría**

Categoría	Criterios
Sintomatología leve	Niñas o niños con dos o más de las siguientes condiciones, pero sin ninguna de las consideradas en la categoría moderada: - Linfadenopatías (>0.5 cm en más de dos sitios; bilateral en un sitio) - Hepatomegalia - Esplenomegalia - Dermatitis - Parotiditis - Infección respiratoria superior persistente o recurrente (sinusitis u otitis media)

50

Glosario

CAPASITS – Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual
CV – Carga Viral
DGE – Dirección General de Epidemiología
DGIS – Dirección General de Información en Salud
ENADID – Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENSANUT - Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
InDRE- Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
INEGI - Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ITS – Infecciones de Transmisión Sexual
LATAM - América Latina
OMS – Organización Mundial de la Salud
OPS – Organización Panamericana de la Salud
PLIISA – Plataforma Integral de Información en Salud
SAIH – Servicios de Atención Integral Hospitalaria
SALVAR – Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales
SIDA – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAIS – Sistema Nacional de Información en Salud
SINBA – Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud
SS – Secretaria de Salud
TAR – Tratamiento Antirretroviral
TB- Tuberculosis
TV – Transmisión Vertical
VIH – Virus de Inmunodeficiencia Humana

Directorio

Dirección General

Dra. Alethse De la Torre Rosas	Directora General

Dirección de Atención Integral

Dr. Daniel F. Pérez Larios	Director de Atención Integral
Dr. Guillermo González Chávez	Subdirector de Coordinación Estatal
Lic. Ana Patricia Fuentes Gallardo	Subdirectora de Normatividad y Apoyo Técnico
Mtra. Miriam Silva Flores	Jefa del Departamento de Programas Estatales
Lic. Maira Bautista Bautista	Jefa del Departamento de Detección y Consejería

Dirección de Investigación Operativa

Lic. Tzitlalli Medina Machuca	Directora de Investigación Operativa
Mtra. Pilar Rivera Reyes	Subdirectora de Monitoreo de Indicadores
Ing. Alberto Soberanes Olguín	Subdirector de Investigación y Modelaje

Dirección de Prevención y Participación Social

Mtro. Francisco J. Quezada Juárez	Director de Prevención y Participación Social
Mtra. Paloma Ruiz Gómez	Subdirectora de Programas Multilaterales
Psic. 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 H.	**Aguascalientes**
Dr. César A. Reynoso Armenta	**Baja California**
Dr. Omar Pérez Carreón	**Baja California Sur**
Dra. Catalina Domínguez Hernández	**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	**CDMX**
Dra. Lourdes Avilés Ávila	**Durango**
Dr. Arnulfo Ávila Romero	**Guanajuato**
Dra. Ma. Luisa Méndez Sánchez	**Guerrero**
Dr. Oscar Mera Moreno	**Hidalgo**
Dr. José Felipe Anzures Núñez	**Jalisco**
Dra. Sonia Echeverri Frías	**México**
Dra. Juana del Carmen Chacón Sánchez	**Michoacán**
Dra. Yoloxochitl Román Acevedo	**Morelos**
L.E. Elizabeth Vázquez Arco	**Nayarit**
Dr. Luis Gerardo Castillo Reyna	**Nuevo León**
MC. María del Pilar Nava Ramírez	**Oaxaca**
Dra. María Claudia Rivera Luna	**Puebla**
Dr. David Quevedo Novoa	**Querétaro**
Dr. Johnattan Macías Romero	**Quintana Roo**
Dra. Claudia Aidé Rodríguez Trejo	**SLP**
Dr. Jorge Arturo Figueroa Villas	**Sinaloa**
Dra. Mariel A. Acuña Hernández	**Sonora**
MSP. Sonia Jiménez Luis	**Tabasco**
Dr. Jorge S. Hernández Rodríguez	**Tamaulipas**
Dra. Hilda Andrea Arauz Montero	**Tlaxcala**
L.E. Gabriela X. Colosía Hernández	**Veracruz**
Dra. Dulce María Cruz Lavadores	**Yucatán**
Dr. Ezequiel Reyes Durán	**Zacatecas**